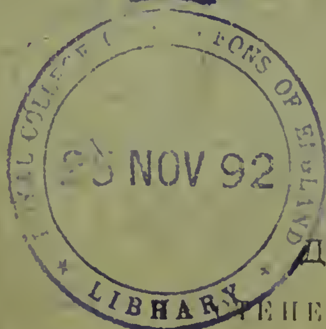
№ 57.

КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛѢЧЕНІЕ БУГОРЧАТКИ КОСТЕЙ И СОСТАВОВЪ.

ЛИТЕРАТУРНО-КЛИНИЧЕСКІЙ ОЧЕРКЪ.



ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Б. С. Козловскаго.

Цензорами, по порученію конференціи, были профессоры: Н. П. Васильевъ, Е. В. Павловъ и прозекторъ Е. Г. Салищевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, 40.
1890.

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1889—1890 академическомъ году.

№ 57.

КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛѢЧЕНІЕ БУГОРЧАТКИ КОСТЕЙ И СОСТАВОВЪ.

ЛИТЕРАТУРНО-КЛИНИЧЕСКІЙ ОЧЕРКЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Б. С. Козловскаго.

Цензорами, по порученію конференціи, были профессоры: И. И. Насиловъ, Е. В. Павловъ и прозекторъ Э. Г. Салищевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, 40.
1890.

Докторскую диссертацію лекаря **Бронислава Козловскаго** подъ заглавіемъ «Консервативное и оперативное лѣченіе бугорчатки костей и составовъ» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы, по отпечатаніи оной, представлено было въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, апрѣля 14 дня 1890 г.

Ученый Секретарь **Насиловъ**.

Никогда не дѣлайте операціи, если можете вылѣчить больнаго какими-либо раціональными медицинскими, (терапевтическими) или механическими средствами.

Sir James Paget. О несчастьяхъ въ хирургіи. 1877.

Si on présente une série brillante des résections suivies de succès, il faut savoir que souvent ces brillantes opérations auraient pu ne pas être faites et le malade conserverait ses articulations.

Prof. Verneuil. Congrés pour l'étude de la tuberculose. 1-er session. 25 Juillet 1888.

Приступая къ нашей работѣ, мы не задаемся цѣлью сравнивать абсолютные цифровые результаты консервативнаго и оперативнаго лѣченія и высказаться на основаніи этихъ данныхъ категорически, исключительно въ пользу того, или другаго метода лѣченія, при костно-составной бугорчаткѣ. Такая задача, по нашему глубокому убѣжденію не можетъ, да и не должна имѣть мѣста, такъ какъ намъ пришлось бы сравнивать двѣ совершенно несоизмѣримыя вещи. Вѣдь случаи, при лѣченіи которыхъ показано примѣненіе консервативнаго метода, совсѣмъ иные чѣмъ тѣ,которые подлежатъ оперативному лѣченію, слѣдовательно, тутъ нельзя выбрать два одинаковыхъ случая болѣзни и изъ нихъ, одинъ подвергнуть консервативному, а другой оперативному лѣченію и получивъ извѣстные результаты, судить по нимъ объ большей пригодности одного изъ методовъ. Въ каждомъ, данномъ хирургическомъ случаѣ, лѣченіе должно быть индивидуализировано и разъ хирургъ принялъ всѣ мѣры къ точному распознаванію данной формы и внимательно взвѣсилъ всѣ обстоятельства даннаго случая, (возрастъ, силы больнаго, состояніе внутреннихъ органовъ) то не должно быть колебаній въ выборѣ

метода лѣченія. Поэтому, мы на основаніи результатовъ, почерпнутыхъ, какъ изъ собранныхъ нами исторій болѣзней, такъ и литературныхъ данныхъ, постараемся выяснить, въ какихъ случаяхъ, какой методъ далъ лучшіе результаты и установить показанія для примѣненія методовъ этихъ, въ различныхъ формахъ и стадіяхъ костно-суставного туберкулеза различныхъ частей скелета.

Работа наша распадается на три отдѣла. Въ первомъ мы, на основаніи патолого-анатомическихъ и клиническихъ данныхъ постараемся выяснить, что мы должны разумѣть подъ именемъ костно-суставного туберкулеза, указать на теченіе его, частоту, этіологическіе и предрасполагающіе къ заболѣванію моменты.

Во второмъ—сдѣлать обзоръ консервативнаго и оперативнаго методовъ лѣченія и общихъ показаній и противопоказаній для примѣненія ихъ.

Въ третьемъ, разберемъ пораженія отдѣльныхъ частей скелета и на основаніи цифровыхъ и литературныхъ данныхъ, укажемъ для каждой изъ нихъ въ отдѣльности, показанія и противопоказанія къ примѣненію обоихъ методовъ и результаты къ которымъ они привели.

Въ приложеніи, приводимъ въ видѣ отдѣльныхъ таблицъ, краткій обзоръ матеріала (исторій болѣзней) которымъ мы пользовались при этой работѣ.

Въ заключеніе приношу искреннюю благодарность глубокоуважаемому профессору, Ивану Ивановичу Насилову за предложенную тему, совѣты и указанія, какъ при настоящей работѣ, такъ и при занятіяхъ моихъ въ Хирургической Клиникѣ Б. Виллліс, въ теченіи 1889—90 а. г.



I.

Хотя туберкулезныя страданія костей и сочлененій были издавна извѣстны, но патолого-анатомическій характеръ и клиническое теченіе ихъ выяснились лишь въ послѣднее время. До этого, на нихъ смотрѣли какъ на локализацію—мѣстное выраженіе—слѣдствіе, туберкулеза внутреннихъ органовъ и связывали всецѣло съ послѣднимъ. Поэтому и ученіе о хирургическомъ туберкулезѣ должно было шагъ за шагомъ слѣдовать за развитіемъ ученія о туберкулезѣ вообще и претерпѣвать тѣже измѣненія и стадіи. Не имѣя возможности привести всю литературу вопроса о туберкулезѣ вообще, мы ограничимся указаніемъ болѣе важныхъ работъ, обнаружившихъ вліяніе на измѣненіе взглядовъ по данному вопросу.

Всю исторію хирургическаго туберкулеза можно, какъ это предлагаетъ проф. Charvot, [1]) раздѣлить на 4 слѣдующіе churchріода.

I. Первый отъ отдаленныхъ временъ до открытія Laennec'омъ бугорка (1819 г.); періодъ этотъ Charvot называетъ churchріодомъ мрака.

II. Второй, начинается работами Bayle и Laennec'а въ началѣ нынѣшняго столѣтія, принимавшими единство туберкулеза и казеознаго перерожденія. Ихъ послѣдователями являются преимущественно французскіе хирурги. Этотъ періодъ продолжается почти до 1850 года.

III. Третій періодъ—дуализма взглядовъ. Благодаря работамъ германскихъ ученыхъ, устанавливается отличіе туберкулезныхъ

---

[1]) Charvot, De la tuberculose chirurgicale. Revue de chirurgie, 1884 г., стр. 321 и сл.

измѣненій (сѣрый и желтый бугорокъ) отъ казеозныхъ. Послѣдніе разсматриваются, какъ результаты перерожденія продуктовъ золотушнаго воспаленія (гноя, пластическаго эксудата). Это ученіе, касавшееся въ началѣ лишь легочнаго процесса, распространилось впослѣдствіи и на костныя страданія и казеозныя массы, наполняющія костные очаги и выдѣляемыя съ гноемъ холодныхъ нарывовъ, разсматривались какъ продукты мѣстнаго перерожденія тканей и т. под., обусловленнаго хроническимъ воспаленіемъ ихъ.

IV. Четвертый періодъ начинается открытіемъ Villemen'a (1865), доказавшимъ, что прививка продуктовъ чахотки вызываетъ ту же болѣзнь у животныхъ и что прививка казеозныхъ массъ, даетъ точно такіе же результаты, какъ и прививка сѣрыхъ бугорковъ. За нимъ идетъ цѣлый рядъ экспериментальныхъ изслѣдованій, имѣвшихъ цѣлью вызывать и изслѣдовать, произведенную прививками бугорчатку. Результатомъ всѣхъ этихъ опытовъ является взглядъ на бугорчатку, какъ на инфекціонную болѣзнь. Взглядъ этотъ блистательно подтверждается въ 1882 году открытіемъ Koch'a, давшимъ намъ точный критерій для опредѣленія присутствія, или отсутствія бугорчатки въ данномъ процессѣ. Благодаря этому критерію, цѣлый рядъ хирургическихъ страданій, извѣстныхъ давно подъ различными названіями, былъ отнесенъ къ туберкулезнымъ процессамъ и вмѣстѣ съ тѣмъ выяснился способъ развитія и происхожденія ихъ.

Конечно, въ зависимости отъ этихъ взглядовъ, должны были измѣняться и терапевтическія средства и мѣры, предлагаемыя для борьбы съ этимъ процессомъ. Результатомъ инфекціоннаго происхожденія бугорчатки, тотчасъ же явилось требованіе хирурговъ удалять во что бы то ни стало все пораженное, какъ очагъ, грозящій организму инфекціей. Послѣ періода увлеченія этими взглядами наступилъ періодъ реакціи. Припомнили, что туберкулезныя страданія костей раньше излѣчивались и безъ оперативнаго вмѣшательства, причемъ результаты были не такъ плохи, какъ можно бы было ожидать. Наконецъ въ послѣднее время изслѣдованія проф. Мечникова и послѣдователей его выяснили намъ путь борьбы организма съ инфекціей и освобожденія отъ нея. Его открытія должны укрѣпить въ насъ увѣренность въ стремленіи организма къ самоисцѣленію.

Туберкулезныя страданія костей и сочлененій были извѣстны древнимъ. Уже *Гиппократъ* зналъ объ нихъ, а равно о томъ, что эти страданія часто сопровождаются образованіемъ натечныхъ абсцессовъ и пораженіемъ легкихъ. Такъ въ главѣ о страданіи составовъ, въ 3-ей части, § 41 „объ искривленіи позвоночника вслѣдствіе внутреннихъ причинъ" онъ говоритъ слѣд.: [1]) „Такіе больные принуждены держать шею согнутую къ переди, на уровнѣ большого позвонка (axin, т. е. 7-го а не epistrophei) для того, чтобы голова не наклонялась въ этомъ положеніи: кость эта, будучи смѣщенной къ переди, съуживаетъ значительно область глотки, ибо можно наблюдать, что при смѣщеніи этой кости къ переди, даже у лицъ прямыхъ отъ рожденія, происходитъ затрудненіе въ дыханіи (dyspnoe) до тѣхъ поръ, пока она не будетъ отодвинута на свое мѣсто. Итакъ, вслѣдствіе такого положенія шеи, у лицъ съ подобнымъ искривленіемъ, гортань выдается къ переди, больше чѣмъ у здоровыхъ и у большей части изъ нихъ существуютъ въ легкихъ твердые сѣрые туберкулы. И дѣйствительно горбатость и производимое вслѣдствіе нея растяженіе происходятъ у большого числа изъ нихъ отъ дѣйствія этихъ туберкуловъ (сростковъ) съ которыми сосѣднія связки соединены.

Что же касается тѣхъ, у которыхъ горбъ лежитъ ниже діафрагмы, то у нѣкоторыхъ изъ нихъ происходятъ болѣзни почекъ и пузыря, равно образуются скопленія гноя или на бокахъ, или въ пахахъ. Скопленія, существующія долгое время, трудно излѣчить и ни одно изъ нихъ не ведетъ за собою разрѣшенія горбатости". Говоря далѣе объ искривленіяхъ въ стороны, онъ приводитъ какъ причину ихъ „образованіе опухолей на внутренней (передней) сторонѣ позвоночника". *Галенъ* лишь повторяетъ и коментируетъ мнѣніе Гиппократа.

Павелъ Эгинскій [2]) въ главѣ LXXVII о фистулахъ и церіонахъ говоритъ: „Если свищъ доходитъ до кости, то мы ограничиваемся тѣмъ, что ее скоблимъ, если она здорова, но если она каріозна, или поражена какой нибудь другой порчей, то мы удаляемъ все больное при помощи острыхъ щипцовъ, или если это необходимо, мы ее просверливаемъ трепа-

---

[1]) Chirurgie d'Hipocrate par I. Petrequin. Paris 1878 г. T. II, p. 393.

[2]) Chirurgie de Paul d'Egine par René Briau. Paris 1855 г., стр. 315.

номъ и т. д." Говоря о вывихахъ бедра и плеча (l. c. стр. 463 и 311), упоминаетъ, что если вывихи происходятъ вслѣдствіе накопленія влаги въ составѣ, то нужно прибѣгать къ прижиганіямъ, ибо вслѣдствіе этого излишнее количество влаги высыхаетъ и т. д. Свѣдѣнія древнихъ объ интересующихъ насъ страданіяхъ весьма обстоятельно изложилъ проф. *Crocq* [1]).

Но конечно туберкулезъ смѣшивался съ другими болѣзнями костей и выдѣленіе туберкулезныхъ страданій въ отдѣльную группу стало возможнымъ лишь съ тѣхъ поръ, какъ *Laënnec* [2]) описалъ всѣ стадіи развитія бугорчатки, по отношенію ея къ тканямъ и другимъ видамъ опухолей. Раньше же его *Bayle* [3]) уже разсматривалъ бугорчатку какъ общую болѣзнь, распространяющуюся на всѣ ткани организма и состоящую въ появленіи мелкихъ, сѣрыхъ узелковъ, названныхъ Bayl'емъ миліярными, въ различныхъ тканяхъ и органахъ, между прочимъ въ diploe черепныхъ костей. Изъ хирурговъ нынѣшняго столѣтія первый *Delpech* [4]), описывая искривленія позвоночника, разсматриваетъ казеозное воспаленіе кости при malum Pottii какъ туберкулезъ, считаетъ его причиною размягченія кости и послѣдовательнаго разрушенія позвонковъ. Онъ различаетъ двѣ формы, смотря потому, помѣщается ли очагъ въ позвонкѣ или межпозвоночномъ хрящѣ. Послѣ него *Nichet* [5]) приводя 17 исторій болѣзни высказывается опредѣленно (стр. 547) что пораженіе позвоночника, сопровождающее Поттову болѣзнь зависитъ отъ туберкулезно-золотушнаго страданія. Этотъ болѣзненный продуктъ встрѣчается то 1) въ видѣ крупныхъ сѣрыхъ, или желтыхъ массъ, лежащихъ въ полостяхъ, внутри позвонковъ или спиннаго канала, 2) рѣже туберкулезная матерія разлита въ маленькихъ клѣточкахъ губчатой костной ткани, 3) или же аморфныя массы, туберкулезнаго вещества располагаются впереди позвонковъ. Исходной точкой

---

[1]) Traité des tumers blanches des articulations. Bruxelles. 1853 г., стр. 21—40.

[2]) Traité de l'alsculation mediate, ou traité des maladie des poumons et du coeur. 1819.

[3]) Recherches sur la phtiisi pulmonaire. 1810.

[4]) Delpech, Precis élémentaire des maladies reputées chirurgicales. Paris. 1816. T. III, p. 613.

[5]) Gazette médicale de Paris 1835. Memoire sur la nature et le traitement de mal vertébrale de Pott, p. 634—545.

страданія являются какъ кости, такъ и межпозвоночные хрящи. Что касается лѣченія, то кровоизвлеченіямъ и прижиганіямъ онъ не придаетъ особеннаго значенія, но за то настаиваетъ на прекрасныхъ результатахъ покоя и удобнаго положенія.

Lisfranc [1]) упоминаетъ о слѣдующихъ мѣстныхъ, средствахъ при лѣченіи хроническихъ бѣлыхъ опухолей: минеральныя ванны, души, лѣкарственныя втиранія, rubefacientia, vesicantia, поверхностныя прижиганія, моксы, заволоки. Что же касается внутренняго лѣченія, то онъ рекомендуетъ каломель, хотя изъ приводимыхъ имъ исторій болѣзни и не видно пользы отъ этого лѣченія. Въ заключеніи онъ настаиваетъ на рецидивирующемъ характерѣ страданій.

Затѣмъ *Nelaton* [2]) (старшій) доказалъ присутствіе туберкулезнаго процесса въ цѣломъ ряду костныхъ страданій, различая осумкованную и разлитую формы пораженія костей. Первая изъ нихъ, по его мнѣнію, соотвѣтствуетъ скопленію миліарныхъ туберкуловъ Bayle, вторая же инфильтрурующей формѣ. Теченіе обѣихъ формъ различно. Затѣмъ онъ перечисляетъ кости, въ которыхъ наблюдалъ туберкулезное пораженіе, располагая ихъ (по частотѣ процесса въ нихъ) въ слѣд. порядкѣ: позвонки, tibia, femur, humerus, фаланги, ossa metatarsi et metacarpi, sternum, ребра, тазъ, скалистая кость, ossa carpii et torsi.

Въ Германіи *Meinel* [3]) первый описалъ костный туберкулезъ. По его словамъ, онъ почти исключительно встрѣчается въ губчатыхъ костяхъ, рѣдко въ плотной ткани (скалистая кость, діафизы длинныхъ костей). Первую форму образуютъ сѣрые туберкулы; вторую, повидимому происходящую изъ первой— желтые бугорки. Наконецъ туберкулезныя массы представляются или въ видѣ диффузной инфильтраціи, или въ ограниченныхъ полостяхъ въ кости, окруженные иногда сумкою. При діагнозѣ некрозъ и caries легко могутъ быть смѣшаны съ туберкулезомъ. Что же касается этіологіи послѣдняго, то

---

[1]) Leçons sur le traitement des tumers blanches. Gazette médicale de Paris, 1835, p. 341.

[2]) Nelaton, Recherches sur l'affection tuberculese des os. Paris Thése. 1837 (цит. по Crocq'у).

[3]) Die Kochentuberkulen Erlangen, 1842 t. (цит. по Mögling: Ueber chirurgischen Tuberculose, въ Mittheilungen v. P. Bruns 1884 г., Heft 2. стр. 252).

она совершенно темна. Въ Англіи Ionn Hunter [1]), описывая бѣлыя опухоли колѣна и измѣненія хрящей при нихъ, объясняетъ ихъ происхожденіе воспалительнымъ процессомъ; измѣненія же формы составовъ и вывихи сокращеніемъ мускуловъ.

Brodie [2]) первый указалъ на связь патологическихъ вывиховъ бедра и костоѣды позвоночника съ бѣлыми опухолями и опубликовалъ наблюденія, указывающія, что связочный аппаратъ часто служитъ мѣстомъ развитія ихъ.

Bonnet [3]) своими изслѣдованіями о механикѣ и патологіи составовъ значительно разработалъ и подвинулъ вопросъ о составныхъ болѣзняхъ и въ частности о фунгозныхъ страданіяхъ ихъ. Онъ говоритъ слѣдующее: „туберкулезное вещество (matière tuberculeuse) рѣдко встрѣчается въ мягкихъ частяхъ составовъ, если же оно появляется въ полости ихъ, то имѣетъ видъ сыровидныхъ комковъ, плавающихъ въ гноѣ холодныхъ нарывовъ, синовіяльныхъ оболочекъ, или же инфильтрировано между фунгозными разрощеніями сочлененія. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ оно стремится проложить себѣ путь къ наружи и вызываетъ послѣдовательное всасываніе тканей, между которыми оно размѣщено. Туберкулы въ костяхъ (l. c. стр. 32) обладаютъ такими же физическими и химическими свойствами, какъ и въ мягкихъ частяхъ. Ихъ находятъ инфильтрированными въ костныхъ полостяхъ или собранными въ массы. Чаще всего ихъ приходится наблюдать въ тѣлахъ позвонковъ или концахъ костей локтя и колѣна. Изъязвленіе костей составляетъ всегда послѣдовательное явленіе, его наблюдаютъ послѣ выдѣленія въ составъ веществъ, неспособныхъ къ организаціи — какъ гной и туберкулы; или не вполнѣ организующихся какъ фунгозныя массы. Весьма часто кость изъязвляется безъ нагноенія, вслѣдствіе развитія простыхъ фунгозныхъ массъ въ толщѣ ея. Въ особенности выдѣленіе гноя, или туберкуловъ влечетъ за собою некрозъ костей, вѣроятно вслѣдствіе того,

---

[1]) Diseases of articulating cartilages. Philosophical Transactions 1793 (цитир. по Crocq'y l. c. стр. 40).

[2]) Pathological and surgical observations on diseases of the joints. London, 1828, (Crocq', p. 41).

[3]) Traité des maladies dés articulations, Paris, 1845.

что кости, будучи инфильтрированы этими веществами, изолируются ими отъ питательныхъ сосудовъ.

Фунгозными опухолями составовъ (l. c. Vol. II, стр. 1 и слѣд.) называютъ опухоли, образованныя мягкимъ, красноватымъ веществомъ, пронизанномъ сосудами. Вещество это образовано фибриномъ, который организуется до той степени, что бываетъ пронизанъ капиллярными сосудами и который останавливается на этой степени, не переходя въ фиброзную ткань. Эти фунгозныя разращенія образованы пластической лимфой, остановившейся въ своей организаціи на той ступени, когда она еще мягка и проницаема для сосудовъ. Итакъ они составляютъ постоянную задержку въ организаціи пластической лимфы, такъ какъ они должны бы были перейти впослѣдствіи въ фиброзную ткань. Но они остаются въ такомъ состояніи до тѣхъ поръ, пока некротизированныя кости или на каутеризированныхъ мѣстахъ остаются среди нихъ. Въ полости сочлененій они вызываютъ исчезновеніе хрящей, инфильтрированныя связки размягчаются и происходитъ въ концѣ произвольный вывихъ. Перечисливъ различныя причины, (травмы, раны, острыя воспаленія составовъ) *Bonnet* говоритъ, что чаще всего фунгозныя опухоли наблюдаются у больныхъ, представляющихъ наружные признаки золотушнаго худосочія, и сопутствуютъ другимъ страданіямъ того же рода—нарывамъ, туберкуламъ въ железахъ, костяхъ и другихъ сочлененіяхъ. Въ такихъ случаяхъ болѣзнь часто развивается безъ предшествовавшей травмы, или какого либо остраго воспаленія. Но авторъ строго отличаетъ золотушный діатезъ, отъ туберкулезнаго, причемъ золотушные больные бываютъ въ особенности подвержены выдѣленію мягкихъ мясистыхъ, склонныхъ къ нагноенію, массъ, обозначаемыхъ обыкновенно названіемъ фунгозныхъ и характеризующихъ это состояніе, полагая, что они то и страдаютъ фунгознымъ діатезомъ (ст. 13). Слѣдовательно, *Bonnet* не только отличаетъ туберкулезный діатезъ отъ скрофулезнаго, но отдѣляетъ отъ послѣдняго еще фунгозный діатезъ, разбивая одинъ патологическій процессъ на 3. Что же касается туберкулеза (стр. 103), то онъ придерживается воззрѣній Nelaton'a. Оговорившись, что подъ именемъ бѣлой опухоли смѣшивали различныя страданія (фунгозныя опухоли, холодные нарывы и туберкулы) полагаетъ, что настоящая бѣлая опухоль рѣдко сопутствуетъ легочному туберкулезу, но

что послѣдній почти всегда совпадаетъ съ холодными нарывами и бугорчаткой сочлененій. Это совпаденіе такъ часто, что имѣя холодный нарывъ сочлененія, нужно всегда опасаться туберкулеза въ легкихъ, или другихъ органахъ.

Послѣдователемъ *Bonnet* является *Richet*, развившій и выяснившій въ своей работѣ взглядъ на бѣлыя опухоли. Главная заслуга его та, что онъ первый прибѣгнулъ для подтвержденія своихъ взглядовъ къ экспериментамъ на животныхъ.

Richet [1]) всѣ болѣзни, извѣстныя до него подъ именемъ бѣлыхъ опухолей, раздѣляетъ на два главныхъ типа—воспаленіе синовіальной оболочки, или синовитъ и воспаленіе кости или сочленовный остеитъ (l. c. ст. 183).

Для того, чтобы выяснить развитіе сочленовныхъ страданій, онъ предпринялъ цѣлый рядъ опытовъ на животныхъ (собакахъ), вскрывая имъ широко сочлененіе и оставляя не, вскрытымъ вліянію воздуха, или производя раздраженіе различными химическими веществами. Кромѣ того, онъ приводитъ исторіи болѣзней съ подробными протоколами вскрытій больныхъ и 4 таблицы прекрасно исполненныхъ рисунковъ, на которыхъ очень ясно видны патологическія измѣненія въ костяхъ и сочлененіяхъ.

Въ главѣ о предрасполагающихъ моментахъ (стр. 179 и слѣд.) *Richet* ставитъ на первомъ планѣ золотушный діатезъ, затѣмъ сифилисъ и другія причины, дѣйствіе коихъ болѣе или менѣе гипотетично, какъ исчезновеніе сыпей, кори, меркуріализмъ, подагру и т. д. Если золотушный діатезъ, говоритъ онъ, обнаруживаетъ ясное вліяніе на болѣзни синовіальной оболочки, то вліяніе это на происхожденіе воспаленій костной ткани стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія. Онъ то и придаетъ воспаленію костной ткани медленный разрушительный характеръ, безъ наклонности къ самостоятельному исцѣленію, но къ несчастью, къ несомнѣнно плачевнымъ результатамъ. Чаще всего развивается пораженіе состава вслѣдъ за травмой, хотя наблюдались случаи и безъ всякой травматической причины. Травма можетъ повести въ однихъ случаяхъ къ простому воспаленію, но разъ существуетъ у больнаго золо-

---

[1]) Mémoire sur les tumeurs blanches. Въ memoires des l'Academie Imperiale de médecine, T. XVI, 1853, p. 36—334.

тушный діатезъ, то развитіе бѣлой опухоли становится въ высокой степени вѣроятнымъ.

Въ томъ же году (1853), но нѣсколько раньше Richet, издалъ проф. *Crocq* свой обстоятельный и обширный трактатъ подъ такимъ же заглавіемъ—„трактатъ о бѣлыхъ опухоляхъ", составившій эпоху въ исторіи этихъ страданій. Изложивъ подробно въ первой части исторію вопроса, онъ дѣлитъ ее на 2 періода: 1-й отъ древнѣйшихъ временъ до *John'a Hunter'a*, который въ 1750 году, первый установилъ раціональныя основы ученія о свойствѣ и продуктахъ воспаленія и причислилъ бѣлыя опухоли къ воспалительнымъ явленіямъ, 2-й--отъ *Hunter'a* до современниковъ автора. Кромѣ того *Crocq* приводитъ въ 1-й главѣ (l. c.) очень тщательно и подробно составленный алфавитный, библіографическій перечень работъ по данному вопросу, (къ которому мы и отсылаемъ интересующихся литературой этого страданія) до 1853 г. Въ главѣ 2-й приведенъ подробный перечень синонимовъ, т. е. различныхъ названій, подъ которыми были извѣстны бѣлыя опухоли, въ разное время, съ указаніемъ и именъ авторовъ, употреблявшихъ то, или другое названіе.

Во второй части онъ разбираетъ патологическія явленія въ составахъ и костяхъ. Измѣненія каждой изъ тканей сочлененій описываются имъ подробно. Процессъ, по его мнѣнію, начавшись воспалительными явленіями, ведетъ затѣмъ къ образованію въ полости состава клѣтчато-сосудистой ткани (tissu cellulo—vasculaire l. c. p. 62), изъ котораго можетъ развиться или фунгозная ткань — фунгозныя разращенія, или плотная ткань, скиррозной плотности—tissu lardacé.

Измѣненія хрящей (l. c. p. 69) заключаются въ гипертрофіи или набуханіи, узурѣ, утонченіи, отслойкѣ, размягченіи и эрозіи ихъ.

Относительно происхожденія разращенія онъ говоритъ такъ (l. c. стр. 73): внутрисоставныя фунгозныя массы зависятъ, вслѣдствіе связи своихъ сосудовъ съ сосудами синовіяльной оболочки отъ послѣдней, массы же, выстилающія костныя полости — отъ костей. Костныя пораженія при бѣлыхъ опухоляхъ описаны имъ чрезвычайно подробно, онъ принимаетъ 12 типовъ пораженій костей (l. c. стр. 89). Описывая ихъ подробно, онъ предлагаетъ слово caries изъять изъ употребленія, какъ не дающее яснаго понятія объ костномъ

процессѣ, который можетъ состоять въ остеопорозѣ или въ остеоклерозѣ. Описывая туберкулезъ костей, онъ придерживается въ главныхъ чертахъ раздѣленія и взглядовъ Nelaton'a (приведенныхъ уже на стр. 5 й). Объ лимфатическихъ сосудахъ онъ замѣчаетъ, что они поражаются несравненно чаще кровеносныхъ, причемъ обыкновенно наблюдается припуханіе и пигментація соотвѣтственныхъ лимфатическихъ железъ но лишь рѣдко развитіе нарывовъ. Притомъ, авторъ подробно разбираетъ направленіе и пути, по которымъ вскрываются около-составные нарывы и механизмъ происхожденія патологическихъ вывиховъ, указывая, какую роль при ихъ образованіи играютъ хрящевыя поверхности и связки, разрушеніемъ которыхъ и обусловливается возможность происхожденія такого вывиха. Положеніе же члена послѣ вывиха обусловливается главнымъ образомъ спазматическимъ мышечнымъ сокращеніемъ, а не внутрисоставнымъ выпотомъ и положеніемъ больнаго, которымъ придавалъ такое значеніе *Bonnet*, въ подтвержденіе чего и анализируется подробно положеніе конечностей, при бѣлой опухоли различныхъ сочлененій.

Въ ходу развитія бѣлыхъ опухолей можно различить 3 періода (l. c. стр. 339): 1) воспалительный; 2) періодъ нагноенія и 3) маразма или возстановленія, при чемъ не надобно забывать, что болѣзнь эта является типомъ хроническихъ воспаленій.

Изложивъ подробно симптоматологію и діагнозъ страданія въ каждомъ изъ этихъ періодовъ, ходъ болѣзни, прогнозъ, *Crocq* изучаетъ отдѣльно бѣлыя опухоли каждаго сочлененія и заканчиваетъ свою объемистую и какъ видно изъ вышеизложеннаго, весьма обстоятельную, монографію изложеніемъ терапіи бѣлыхъ опухолей. Къ послѣднему отдѣлу, намъ еще разъ придется возвратиться въ соотвѣтственномъ мѣстѣ.

Но еще до этихъ работъ, въ 40-хъ годахъ, наступило измѣненіе взгляда на туберкулезныя страданія, обусловленное измѣненіями воззрѣній германскихъ патологовъ (Reinhardt'a, Rindfleisch'a, Niemayer'a и друг.) на легочную чахотку. Подобно тому, какъ они признавали казеозныя массы въ легкихъ за результатъ перерожденія продуктовъ золотушнаго воспаленія, такъ точно и казеозное содержимое костныхъ очаговъ и абсцессовъ считали результатомъ казеознаго метаморфоза продуктовъ

воспаленія ткани (гноя). *Virchow*[1]) же сталъ стремиться не только къ тому, чтобы доказать тождественность простаго творожистаго воспаленія съ каріознымъ метаморфозомъ у золотушныхъ, но также и тождество золотухи съ туберкулезомъ. Такъ (l. c. стр. 594), упоминая о казеозномъ метаморфозѣ, какъ результатѣ некробіотическаго исхода процесса, бывшаго въ началѣ производительнымъ—гиперпластическимъ, онъ говоритъ „такимъ образомъ возникаютъ совершенно сухія, плотныя и почти вполнѣ аморфныя массы, такъ сильно похожія на туберкулезныя, что онѣ то и вызвали главнымъ образомъ вопросъ объ идентичности скрофулеза и туберкулеза". Далѣе, разбирая отношеніе между этими двумя процессами, *Virchow* (I. c. стр. 829) говоритъ, «я всегда считалъ справедливымъ взглядъ на туберкулезъ какъ на гетеропластическій, или метастатическій продуктъ скрофулеза и д о л ж е н ъ б ы л ъ о с т а в и т ь э т о т ъ в з г л я д ъ, лишь убѣдившись въ томъ, что во многихъ случаяхъ, гдѣ небыло никакихъ первичныхъ золотушныхъ явленій, все таки развивался туберкулезъ.

Volkmann отличаетъ творожистое воспаленіе костей отъ просовидной бугорчатки ихъ[2]). Онъ говоритъ (§ 281) „Т в о р о ж и с т о е в о с п а л е н і е к о с т е й" (ostitis caseosa) соотвѣтствуетъ тому, что другіе авторы, въ особенности Nelaton и Meinel, описывали подъ и м е н е м ъ б у г о р к о в о й и н ф и л ь т р а ц і и, или просто б у г о р ч а т к и к о с т е й—разстройство, которое они считали весьма частымъ. Но такъ какъ оба эти названія могутъ вести къ смѣшенію съ настоящей (просовидной) бугорчаткой, то ихъ и не слѣдуетъ употреблять вовсе. Особенность творожистаго воспаленія заключается въ томъ, что въ кости точно такимъ же образомъ, какъ напр. въ лимфатической железѣ, пораженной золотухой, г и п е р п л я з і я, п р о с т о е н а г н о е н і е и т в о р о ж и с т о е п р е в р а щ е н і е в о с п а л и т е л ь н ы х ъ п р о д у к т о в ъ с о в е р ш а ю т с я в ъ о д н о и т о ж е в р е м я. Въ примѣчаніи же онъ прибавляетъ, что Jaeger и Stromeyer уже совершенно точно замѣтили и притомъ именно относительно костей, что то, что описыва-

---

[1]) Virchow, Die krankhaften Geschwülste. Berlin, 1864—65, B. II, 626, 636 и сл.

[2]) Volkmann. Болѣзни органовъ движенія въ хирургіи Пита и Бильрота, русскій переводъ, ч. II, 1867, стр. 379 и сл.

лось подъ именемъ бугорковъ, было въ большинствѣ случаевъ ничто иное, какъ сгустившійся гной и что подобные случаи должны быть совершенно отдѣлены отъ настоящей бугорчатки костей. Въ главѣ же о болѣзняхъ сочлененій (l. c. стр. 778 § 825) Volkmann говоритъ слѣд.: значительная часть больныхъ, страдающихъ грибовидными воспаленіями, бываетъ уже съ самаго начала, или дѣлается въ послѣдствіи золотушными, или бугорчатными—это фактъ, не подлежащій ни какому сомнѣнію. Тѣмъ не менѣе отнюдь, нельзя допустить, что подобное общее страданіе лежитъ въ основѣ болѣзни во всѣхъ случаяхъ, или даже только въ тѣхъ, гдѣ наступаетъ костоѣда. При дурномъ уходѣ и недостаткѣ осторожности, всякое воспаленіе синовіяльной оболочки, будетъ ли оно травматическое, ревматическое, или какъ говорятъ переносное—все равно можетъ въ послѣдствіи принять характеръ грибовиднаго и повести къ нагноенію состава и разрушенію костей. И дальше: (§ 526 ст. 779) къ этому нужно еще присовокупить, что многіе изъ больныхъ, страдающихъ грибовиднымъ воспаленіемъ составовъ, первоначально бываютъ совершенно здоровы и только въ послѣдствіи, когда ихъ конституція разстраивается подъ вліяніемъ мѣстнаго страданія, становятся золотушными и бугорчатными.

Этотъ дуализмъ—взглядъ на туберкулезные и казеозные процессы, какъ на нѣчто не зависящее другъ отъ друга—былъ впервые опровергнутъ Villemin'омъ предпринявшимъ рядъ многочисленныхъ опытовъ прививки туберкулезныхъ и казеозныхъ массъ животнымъ [1]). Результатомъ его опытовъ явилось твердое установленіе факта возможности передачи бугорчатки отъ человѣка животнымъ и отъ одного животнаго другому. Отсюда естественно вытекаетъ заключеніе, что развитіе ея обусловливается специфическимъ ядомъ, который, (какъ показали опыты успѣшной прививки), заключается не только въ сѣрыхъ, желтыхъ бугоркахъ и казеозныхъ массахъ, но также въ крови и мокротѣ туберкулезныхъ. Поэтому ни анатомическое строеніе узелка, ни склонность его къ казеозному метаморфозу не характерны для бугорка, и его главнымъ діагностическимъ признакомъ является способность

---

[1]) Villemin, Cause et nature de la tuberculose. Bulletin de l'Academie Imperiale de médicine 1865—67 vol. XXXI и XXXII, p. 210—216; 152—159

послѣ прививки, вызывать такое же заболѣваніе. Въ этомъ отношеніи туберкулезъ ближе всего подходитъ къ сапу и отчасти сифилису—процессамъ (l. c. стр. 216), при которыхъ тоже наблюдается развитіе соединительно тканныхъ новообразованій. Различные же воспалительные процессы (легкихъ, плевры) не могутъ вызвать туберкулеза, а только подготовить болѣе удобную почву для его развитія. Какъ золотуха, такъ и бугорчатка могутъ обусловить казеозный метаморфозъ лимфатическихъ железъ, отличіе ихъ то, что прививка туберкулезно перерожденныхъ железъ вызываетъ у животныхъ чахотку. Что же касается происхожденія туберкулеза, то Villemin (еще раньше въ 1862 г.) объясняетъ его зараженіемъ зародышами болѣзни, обильно разсѣянными въ воздухѣ и вызывающими, при попаданіи въ организмъ, туберкулезныя пораженія. Путемъ прививки Villemin доказалъ туберкулезный характеръ миліярныхъ бугорковъ синовіяльной оболочки, при нѣкоторыхъ формахъ воспаленія составовъ. Присутствіе этихъ бугорковъ наблюдалось уже давно, а также гораздо раньше были высказаны предположенія объ ихъ туберкулезномъ характерѣ.

Вслѣдъ за нимъ Klebs, повторяя его опыты, пришелъ къ аналогичнымъ выводамъ, важнымъ для насъ въ клиническомъ отношеніи [1]). Такъ онъ утверждаетъ, что привитый животнымъ туберкулезъ можетъ также самостоятельно исцѣляться, какъ туберкулезъ у людей. Далѣе онъ говоритъ: труднѣе всего объяснить путемъ заразы происхожденіе туберкулезныхъ гнѣздъ въ составахъ и костяхъ, но мнѣ кажется, что это происходитъ отъ того, что мы еще недостаточно знакомы съ циркуляціей лимфы въ скелетѣ. Если вспомнить о частотѣ метастатическаго гнойнаго пораженія составовъ, то не можетъ быть сомнѣнія въ томъ, что въ немъ большое участіе принимаетъ лимфатическіе токи, путемъ, намъ пока неизвѣстнымъ. Кромѣ того, я обращаю вниманіе на то, что при свѣжихъ и хроническихъ туберкулезныхъ пораженіяхъ составовъ встрѣчаются миліарные туберкулы въ костномъ мозгу гораздо чаще, чѣмъ это обыкновенно думаютъ. Въ самомъ дѣлѣ и другіе факты, въ особенности распространеніе карциноматозныхъ процессовъ въ костяхъ,

---

[2]) Ueber die Enstehung der Tuberculose und ihre verbreitung in Körper (Virchow's Arch. B. 44, стр. 291).

говоритъ за то, что заразное начало легко распространяется въ костномъ мозгу, въ то время какъ синовіяльныя оболочки является мостами, по которымъ процессъ переходитъ съ одной кости на сосѣднюю.

Итакъ мы видимъ, что изъ этихъ работъ все болѣе и болѣе выясняется заразной характеръ бугорчатки и стремленіе объяснить бугорчатыя пораженія скелета путемъ занесенія заразы. Съ другой стороны является стремленіе доказать этіологическую связь фунгозныхъ заболѣваній (Tumor albus) съ бугорчаткой, что и сдѣлалъ первый *Köster.* [1]) Онъ различаетъ 1) гнойную,. 2) язвенную и 3) фунгозную форму воспаленія составовъ. „Всѣ онѣ описываются" говоритъ онъ „Billroth'омъ и Volkmann'омъ подъ общимъ названіемъ хроническихъ фунгозныхъ и гнойныхъ воспаленій составовъ".

Микроскопическія изслѣдованія (l. c. стр. 99) Koster'а доказали, что въ фунгозныхъ грануляціяхъ находится необыкновенно большое количество милліарныхъ бугорковъ и нетолько въ грануляціяхъ, исходящихъ отъ синовіяльныхъ оболочекъ и костей, но и въ выстилающихъ свищевые ходы, resp. периартикулярные абсцессы. Онъ описываетъ гистологическую картину бугорковъ такъ: „мы имѣемъ узелки въ величину свѣжаго туберкула, въ центрѣ которыхъ находится одна или нѣсколько гигантскихъ клѣтокъ, на периферіи же лимфоидные элементы. Кромѣ того, наблюдается менѣе интенсивная, чѣмъ обыкновенно, наклонность къ жировому распаду казеозному метаморфозу съ начала центра, а затѣмъ и всего бугорка. Всѣ эти явленія наблюдаются одинаково и въ обыкновенныхъ миліярныхъ туберкулахъ. До тѣхъ поръ, пока понятія о „миліярномъ туберкулѣ" будетъ чисто гистологическимъ, а это вопросъ времени, мы не встрѣчаемъ ни какихъ препятствій къ тому, чтобы принимать миліярные узелки фунгозныхъ грануляцій, за настоящіе туберкулы.

Еще раньше Köster'а *Valentin* [2])приводя исторію болѣзни № VIII), въ которой наблюдался tuberkulosis miliaris membranae synovialis genu piae matris, renum et pulmonum говорить

[1]) Koster, Ueber fungose Gelenkentzündungen in Virchow's Arch B. 48, 1869, стр. 95 и сл.

[2]) A. Valentin, Zur Casuistik der tuberkulöse, Virchow's Arch. B 44, 1868, стр. 242.

ритъ (I. с. стр. 310). Туберкулезное пораженіе колѣна стоитъ въ ясной связи съ раньше полученной травмой. Случай этотъ даетъ намъ новый примѣръ того, что воспаленныя ткани представляютъ особенно благопріятную почву для распространенія существовавшаго раньше туберкулезнаго процесса.

На присутствіе и значеніе при фунгозныхъ страданіяхъ составовъ, миліарныхъ узелковъ обратилъ вниманіе и *König*, приписывая имъ важное значеніе въ дѣлѣ распространенія туберкулеза въ организмѣ.

Brissaud [2]) принимаетъ 3 вида туберкулеза составовъ: 1) сливающаяся, гранулезная инфильтрація; 2) болѣе ясное высыпаніе туберкуловъ, но они существуютъ еще изолированные; 3) форма состоитъ въ козеозномъ превращеніи и сливаніи туберкуловъ, это послѣдняя стадія процесса, въ которой грануляціи повидимому очень рѣдки. Что же касается клиническихъ формъ, то первому виду соотвѣтствуетъ острый туберкулезный артритъ (Laveran'а), который не можетъ явиться отдѣльно и составляетъ существенную часть общаго зараженія острой бугорчаткой. Второму виду соотвѣтствуетъ то, что мы назовемъ острой бугорчаткой состава—по быстротѣ хода процесса и по производимымъ имъ разрушеніямъ. Наконецъ третьему виду соотвѣтствуетъ хроническая бугорчатка составовъ, т. е. самая обыкновенная форма—бѣлая туберкулезная опухоль.

У насъ въ это время появилась работа *Александровскаго* [2]), отвергавшаго значеніе гигантскихъ клѣтокъ, какъ существенной составной части бугорка. Онъ изслѣдовалъ развитіе бугорковъ въ одномъ случаѣ спондилита, въ тѣлѣ поясничныхъ позвонковъ и крестцовой кости, дѣлая разрѣзы изъ декальцинированной или не декальцинированной кости, констатировалъ присутствіе бугорковъ въ периферическихъ частяхъ пораженныхъ костей. При чемъ на мѣстахъ нахожденія бугорковъ особенныхъ микроскопическихъ признаковъ присутствія ихъ въ кости не было замѣчено, кромѣ мрамор-

---

[1]) König, Ueber Befund miliaren Knötchen in fungösen Gelenken und dessen Klinische Bedeutung. Berl. klin. Wochens. 1871, p. 229—234.

[2]) Brissaud, Etude sur la tuberculaise articulaire. Revue mensuelle de medécine et de chirurgie, 1879, p. 457 и сл.

[3]) Александровскій. Къ вопросу о развитіи бугорковъ въ костяхъ. Дис. СПБ. 1874.

наго цвѣта поверхности разрѣза. Затѣмъ авторъ даетъ подробное описаніе гистологической картины строенія бугорковъ. Констатируя присутствіе въ центрѣ ихъ гигантскихъ клѣтокъ, онъ анализируетъ отношеніе ихъ къ бугоркамъ, но считаетъ ихъ (l. c. ст. 16) за явленіе случайное и не признаетъ возможности признавать ихъ за постоянпую и необходимую часть бугорка. Измѣненія же кости въ пораженныхъ мѣстахъ представляютъ картину грануляціоннаго воспаленія костномозговой ткани. Затѣмъ, показавъ, что бугорки возникаютъ на почвѣ грануляціоннаго воспаленія, авторъ разбираетъ вопросъ, откуда развиваются бугорки и объясняетъ это такъ, что бугорокъ обязанъ своимъ происхожденіемъ бѣлымъ кровянымъ шарикамъ, эмигрировавшимъ изъ сосудовъ.

Ollier [1]) въ 1874 г. передалъ фунгозныя грануляціи, удаленныя при резекціи локтя, проф. Charvot, который прививкой ихъ коровѣ, вызвалъ у послѣдней общій туберкулезъ.

Hueter [2]) описываетъ скрофулезныя и туберкулезныя воспаленія составовъ и измѣненія при нихъ онъ относитъ къ такимъ же, какъ при synovitis hyperplastica granulosa (l. c. § 100 стр. 131). Послѣдняя форма можетъ, или развиваться самостоятельно, или развиваться изъ s. pannosa, или s. suppurativa у золотушныхъ субъектовъ. Для этого необходимо, чтобы заразное начало (Cörnchen), прервавъ преграду, представляемую лимфатическими железами, попало въ потокъ кровеобращенія. Поэтому весьма возможно, что при дальнѣйшемъ теченіи скрофулеза въ крови существуетъ раздражитель, вызывающій воспаленіе, количество котораго впрочемъ можетъ быть весьма различнымъ. Скрофулезныя воспаленія составовъ принадлежатъ обыкновенно къ поздноразвивающимся явленіямъ скрофулеза, сопровождающагося опуханіемъ железъ. Вмѣстѣ съ скрофулезнымъ воспаленіемъ составовъ, часто сопутствуя, иногда слѣдуя за нимъ, но также часто и вполнѣ самостоятельно развивается скрофулезное воспаленіе костнаго мозга—скрофулезный міэллитъ. Далѣе *Hueter* разсматриваетъ оба эти процесса, какъ секреторные метастазы, т. е. метастазы, обусловленные выдѣленіемъ на мѣстѣ болѣзни какого-то раздражаю-

1) Ollier, Des operations conservatrices. Rev. de chir. 1885.

2) Hueter. Klinik der Gelenkkrankheiten 1876 г. Т. I, отд. II, стр. 1, § 62.

щаго вещества изъ крови. Соотвѣтственно незначительному количеству послѣдняго и мѣстный процессъ развивается очень медленно. Процессы эти, онъ считаетъ третичными явленіями скрофулеза, считая первоначальное воспаленіе, дающее раздраженіе и вызванную имъ опухоль лимфатическихъ железъ, за первичную и вторичную стадію болѣзни. Затѣмъ *Hüter* указываетъ на важное значеніе поврежденій въ этіологіи этихъ заболѣваній (l. c. § 101), объясняя его вліяніемъ упомянутыхъ выше раздражающихъ веществъ, заключающихся въ кровяномъ экстравазатѣ. Золотушное воспаленіе составовъ является обыкновенно въ видѣ гранулирующей формы, причемъ часто бываетъ очень затруднительно рѣшить, развился ли процессъ изъ воспаленія кости, или же воспаленіе состава распространилось на кость. На препаратѣ очень часто, рядомъ находятъ synovitis et myellitis granulosae. Разъ развились свищи, то мы имѣемъ то, что древніе называли „caries сочлененія“ resp. „золотушной костоѣды состава“. Въ препаратахъ никогда не находятъ свободныхъ казеозныхъ массъ внутри составовъ, чаще же существуетъ казеозная инфильтрація растущихъ грануляціонныхъ массъ, которую мы должны считать безъ сомнѣнія за результаты болѣе значительнаго распространенія микроковъ въ тканяхъ (l. c. стр. 132).

Проф. *Max Schüller* [1]) въ своихъ прекрасныхъ и очень обстоятельныхъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ, способовъ возникновенія скрофулезныхъ и туберкулезныхъ страданій составовъ, уже наблюдалъ присутствіе микробовъ. Онъ наблюдалъ и описалъ присутствіе микробовъ въ тканяхъ составовъ животныхъ, зараженныхъ туберкулезными тканями и мокротою. Затѣмъ онъ находилъ ихъ и въ составныхъ хрящахъ, костяхъ, костномъ мозгу и во внутреннихъ органахъ. Но какъ видно изъ описанія и приложенныхъ рисунковъ (fig. 8—11) это были микрококи, а не настоящія туберкулезныя бациллы. Для прививокъ онъ бралъ матеріалы изъ золотушныхъ железъ, волчанки, туберкулеза легкихъ и другихъ органовъ и бѣлыхъ опухолей. На основаніи своихъ опытовъ онъ пришелъ къ убѣжденію (l. c. 151), что въ „скрофулезныхъ тканяхъ при вол-

---

[1]) Max Schüller. Experimentelle und histologische Untersuchungen über die Enstehung und Ursachen der skropulösen und tuberkulösen Gelenkkrankheiten. Stuttgart, 1880, стр 77—86.

чанкѣ, равно какъ и въ грануляціяхъ синовіальныхъ оболочекъ сочлененій, разсматривавшихся до сихъ поръ, какъ золотушно заболѣвшіе, а по нашему нынѣшнему убѣжденію туберкулезно больныхъ, существуетъ активная зараза, такая же, какъ и въ тканяхъ, пораженныхъ настоящимъ туберкулезомъ, и микроорганизмы, развивающіеся изъ этихъ частей, равнымъ образомъ могутъ вызвать развитіе туберкулеза и далѣе „туберкулезная зараза представляется въ видѣ описанныхъ нами микроорганизмовъ". Какъ видно *Max Schüller*, подтвердивъ по всѣмъ пунктамъ изслѣдованія Villemin'а, былъ очень близокъ къ открытію настоящихъ туберкулезныхъ бациллъ и если и не сдѣлалъ этого, то лишь вслѣдствіе не умѣнія воспользоваться методами двойной окраски, такъ какъ примѣненная имъ окраска (метиль-віолетъ), окрашивала всѣ микроорганизмы, за исключеніемъ туберкулезныхъ. Увеличеніе же (до 600 разъ) и употребленіе усовершенствованныхъ инструментовъ (освѣтителя Abbé) дѣлали вполнѣ возможнымъ такое открытіе.

Эпоху въ исторіи бугорчатки составляетъ открытіе *R. Koch'а*,[1]) впервые доложенное имъ въ одномъ изъ засѣданій Берлинскаго физіологическаго общества, а затѣмъ уже опубликованное въ 1882 г. Открывъ при помощи двойной окраски, въ гигантскихъ клѣткахъ, бациллы, онъ доказалъ, что онѣ составляютъ причину туберкулеза. Для этого въ своихъ опытахъ Koch шелъ путемъ, намѣченнымъ раньше Villemen'омъ, т. е. прививалъ животнымъ продукты и ткани чахоточныхъ и такимъ образомъ вызывалъ у опытныхъ животныхъ тоже заболѣваніе. Но кромѣ того для подтвержденія своихъ выводовъ онъ прибѣгнулъ еще къ другому методу—методу чистыхъ культуръ. Какъ питательную среду онъ бралъ кровяную сыворотку, стерилизованную равномѣрнымъ нагрѣваніемъ до 58°, а потомъ свернутую въ наклоненной пробиркѣ при 65°. На поверхность этой застывшей массы онъ наносилъ (съ соблюденіемъ всѣхъ предосторожностей) частицы испытуемыхъ органовъ, затѣмъ полученными культурами инфицировалъ животныхъ и вновь получалъ у нихъ тотъ же процессъ, т. е. бугорчатку. Затѣмъ

---

[1]) Robert Koch, Die Aetiologie der Tuberkulose въ Berliner klin. Wochenschrift, 1882, стр. 221—230 и затѣмъ подробнѣе Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte 1887, B. 2.

онъ занялся изученіемъ роста и размноженіемъ открытыхъ имъ бациллъ. Изъ его многочисленныхъ опытовъ для насъ особенно интересны слѣдующіе: при изслѣдованіи 3-хъ случаевъ свѣжевырѣзанныхъ золотушныхъ железъ, лишь въ 2-хъ случаяхъ было доказано присутствіе бациллъ, заключенныхъ въ гигантскихъ клѣткахъ.

При изслѣдованіи же 3 случаевъ фунгозныхъ воспаленій составовъ, въ 2-хъ случаяхъ можно было доказать присутствіе отдѣльныхъ маленькихъ группъ бациллъ, внутри гигантскихъ клѣтокъ. Отсюда *Koch* дѣлаетъ слѣд. выводъ: „изслѣдованія мои (1. с. стр. 228) относительно скрофулезныхъ и туберкулезныхъ страданій составовъ слишкомъ малочисленны, чтобы изъ нихъ сдѣлать окончательный выводъ. Во всякомъ случаѣ большая часть скрофулезныхъ страданій составовъ и костей принадлежитъ къ настоящему туберкулезу. Вѣроятно они должны быть къ нему вполнѣ причислены.

Такимъ образомъ *Koch* безспорно доказалъ, „что фунгозныя и скрофулезныя страданія составовъ суть ничто иное, какъ туберкулезъ ихъ и что еще важнѣе, далъ намъ вѣрный, несомнѣнный діагностическій методъ для того, что-бы имѣть возможность различать туберкулезъ. При этомъ онъ замѣчаетъ, что „бациллы по преимуществу находятся при возникновеніи, или прогрессированіи туберкулезнаго процесса и исчезаютъ, тамъ гдѣ болѣзнь успокаивается“. Этимъ обстоятельствомъ и объясняется неуспѣхъ нѣкоторыхъ изслѣдователей. Открытіе *Koch'a* возбудило цѣлый рядъ вопросовъ и вызвало массу изслѣдованій во всѣхъ отросляхъ медицины. Изъ хирурговъ, *Volkmann* [1]) въ своемъ докладѣ на XIV-мъ конгрессѣ Германскихъ хирурговъ Апрѣль 1885 г.) говоритъ слѣдующее (§ 17), все то, что до сихъ поръ обозначалось именемъ костоѣды, paedarthrocace, spina ventusa, золотушнаго страданія составовъ и костей, tumor albus, fungus articuli, струмознаго страданія составовъ (у Англичанъ) и что въ послѣднее время слѣдуя Billroth'у обозначалось именемъ фунгознаго воспаленія костей и составовъ, все это за незначительнымъ исключеніемъ есть ничто иное, какъ настоящій туберкулезъ.

§ 19. Первичныя костныя формы встрѣчаются преимуще-

[1]) Приложеніе къ Centralb. f. Chirurgie. T. XII, 1885, стр. 1 — 25. Volkmann, Chirurgische Erfahrungen über die Tuberkulose, стр. 1—25.

ственно у дѣтей. Онѣ начинаются образованіемъ ограниченнаго гнѣзда, обыкновенно небольшой величины, въ эпифизахъ; поэтому страданіе и не затрагиваетъ сначала составовъ и можетъ сохранять чисто костный характеръ, если не происходитъ размягченія и нагноенія туберкулезнаго очага и если послѣдній не вскроется въ полость состава.

Туберкулезъ кости безъ участія большихъ сочлененій, встрѣчается преимущественно въ слѣдующихъ клиническихъ формахъ.

а) Spina ventosa (Paedarthrocace) встрѣчающаяся нетолько на костяхъ metacarpi et metatarsi и фалангахъ, на лучѣ, локтѣ, большомъ и маломъ берцѣ, чаще всего во множественномъ числѣ. Страданіе это встрѣчается у дѣтей въ первые годы и часто излѣчивается само собой, не оставляя никакихъ измѣненій въ формѣ и дѣятельности костей.

в) туберкулезное нагноеніе и некрозы орбитальной поверхности верхней челюсти, также у дѣтей холодные туберкулезные нарывы на черепѣ, въ основѣ которыхъ лежитъ туберкулезный некрозъ черепныхъ костей (у взрослыхъ).

с) caries tuberkulosa costarum.

d) обыкновенная форма спондилита (Потовскій горбъ), хотя послѣднее страданіе лучше относить къ туберкулезу сочлененій.

Туберкулезные очаги въ губчатомъ веществѣ кости, въ дѣтскомъ возрастѣ обнаруживаютъ большую наклонность омертвѣвать in toto и отдѣляться въ видѣ характерныхъ секвестровъ, похожихъ на казеозные конкременты. Возникающій вслѣдствіе этого демаркаціонный процессъ, обнаруживаетъ благопріятное вліяніе, образуя преграду изъ грануляціонной ткани, предохраняющую кости отъ дальнѣйшаго зараженія.

§ 22. Какъ долго могутъ существовать простыя составныя страданія, не переходя въ туберкулезныя? Пока такой переходъ доказанъ лишь для серозно-фиброзныхъ воспаленій съ образованіемъ рисовидныхъ тѣлъ и хроническихъ водянокъ, съ гиперплязіей синовіяльныхъ ворсъ.

§ 24. Что касается терапіи, то я утверждаю, что всѣ поверхностныя впрыскиванія (іодной настойки, карболовой кислоты, сулемы, мышьяка) до сихъ поръ не дали удовлетворительныхъ результатовъ, о которыхъ бы стоило упоминать. Къ этому должно прибавить, что у взрослыхъ туберкулезъ почти

никогда не поражаетъ тѣла длинныхъ костей и что хроническій остеитъ и періоститъ діафизовъ обыкновенно обусловливаются другими причинами (сифилисъ, хроническія формы инфекціоннаго остеомиэллита).

Въ отдѣлѣ общихъ замѣчаній онъ говоритъ.

§ 35. Нельзя сомнѣваться въ туберкулезномъ характерѣ даннаго страданія, когда прививки дали положительные результаты, когда найдены туберкулезныя бациллы и анатомическія измѣненія въ больныхъ тканяхъ. Всѣ эти предположенія мы встрѣчаемъ при вышеописанныхъ страданіяхъ. Но отсюда еще не слѣдуетъ, какъ доказанный фактъ, что туберкулезная ткань всегда должна представлять фолликулярное строеніе.

Затѣмъ *Schuchardt* и *Krause* [1]) старались доказать присутствіе коховскихъ бациллъ при различныхъ хирургическихъ страданіяхъ. Изслѣдуя около 40 случаевъ туберкулеза костей, составовъ, синовіяльныхъ влагалищъ, кожи (lupus), піогенной оболочки, туберкулезныхъ нарывовъ и грануляцій, туберкулезныхъ лимфатическихъ железъ, туберкулеза языка, яичка, матки и фаллопіевыхъ трубъ, они пришли къ убѣжденію о постоянствѣ присутствія туберкулезныхъ бациллъ, во всѣхъ случаяхъ хирургическаго туберкулеза. Причемъ присутствіе бациллъ здѣсь можетъ быть микроскопически доказано также постоянно, какъ въ туберкулезной мокротѣ, или узелкахъ при остромъ миліарномъ туберкулезѣ. Число ихъ вообще крайне органичево и не можетъ быть сравниваемо съ количествомъ бациллъ въ туберкулезной мокротѣ или свѣжихъ туберкулезныхъ узлахъ. Это обстоятельство объясняется тѣмъ, что здѣсь имѣется весьма долготечный хроническій процессъ, начальныя стадіи котораго, изобилующія бациллами, въ высшей степени рѣдко приходится наблюдать.

Такихъ же результатовъ достигъ и *C. Boilly* [2]), который констатировалъ присутствіе бациллъ въ одномъ случаѣ фунгознаго синовита разгибателей стопы и 2 случая изслѣдованія

---

[1]) Schuchardt und Krause, Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen bei fungösen und skrophülösen Entzündungen. Fortschritte der Medicin, 1883, p. 277—287.

[2]) C. Boilly, Nôte sur la presence des bacilles dans les lesions chirurgicales tuberkuleuses. Revue de chirurgie, 1883, p. 886—893.

гноя и піогенной оболочки холодныхъ нарывовъ, развившагося вслѣдствіе пораженія sterni и реберъ. Во всѣхъ случаяхъ количество бациллъ было крайне незначительно, 2—3 въ каждомъ и отыскивались они съ большими затрудненіями, такъ, что потребовалось приготовленіе массы препаратовъ. Эти обстоятельства должны быть всегда принимаемы во вниманіе при подобныхъ изслѣдованіяхъ, такъ какъ отсутствіе бациллъ въ одномъ, или немногихъ препаратахъ можетъ повести къ слишкомъ поспѣшному заключенію объ отсутствіи туберкулеза; кромѣ этого количество бациллъ повидимому не связано со степенью развитія болѣзненнаго процесса. При изслѣдованіи холодныхъ абсцессовъ обнаружилось, что бациллы скорѣе помѣщаются въ піогенной оболочкѣ, чѣмъ въ гноѣ, гдѣ *Bouilly* не удалось ихъ открыть. Затѣмъ *Pelesari* удалось доказать въ такъ назыв. золотушныхъ, гуммозныхъ образованіяхъ присутствіе коховскихъ бациллъ, окрашивая ихъ по методу Эрлиха. Какъ въ гуммозныхъ образованіяхъ, такъ и при волчанкѣ, онъ ихъ нашелъ въ крайне незначительномъ количествѣ.

W. Müller [2]) изслѣдовалъ 35 препаратовъ костей при бугорчаткѣ сочлененій и констатировалъ въ большинствѣ случаевъ присутствіе бациллъ, которыя ему вообще не всегда удавалось находить. Поэтому онъ склоняется къ мысли, что возможны случаи, гдѣ еще существуетъ туберкулезъ, но бациллъ уже нѣтъ.

При изслѣдованіи узла изъ головки бедра, гдѣ страданіе и боли развились всего за 15 дней до смерти, отъ общей бугорчатки, найдена масса бациллъ въ грануляціяхъ, клѣткахъ и между послѣдними. При различной продолжительности процесса въ костяхъ, наблюдается тоже явленіе, что и въ другихъ органахъ, т. е. уменьшеніе количества бациллъ, соотвѣтственно бо́лѣе продолжительному существованію очага.

Онъ же изъ клиники Кенига, изслѣдовалъ 232 препарата резецированныхъ составовъ и нашелъ въ 158 первичныя

---

[1]) Pelisari. De la presence des bacilles dans les gommes scrophuleuses. Annales de dermatologie, 1884, vol. VI (реф. въ Centralbl. f. chirurgie 1885, № 4).

[2]) W. Müller, Ueber den Befund von Tuberkelbacillen bei fungösen Knochen und Gelenkaffectionen. Centralbl. f. chirurgie 1884, p. 39—36.

костныя гнѣзда и въ 46 первичное заболѣваніе синовіальной оболочки.

Kiener et Poulet [1]) различаютъ 3 стадіи въ развитіи костнаго бугорка. Первая заключается въ перерожденіи костнаго мозга въ фиброзную ткань, съ новообразованіемъ сосудовъ и явленіями эксудаціи, вторая—появленіи гигантскихъ клѣтокъ и фолликуловъ. Третья стадія—казеозное перерожденіе. Въ иныхъ случаяхъ процессъ можетъ сопровождаться нагноеніемъ.

Авторы эти различаютъ слѣдующіе виды туберкулеза костей: A) Первичный хроническій туберкулезъ, представляющій слѣд. разновидности: 1) распространяющійся въ центробѣжномъ направленіи, 2) ограниченные секвестры, 3) инкапсулированный инцистированный туберкулезъ Nelaton'а. B) Послѣдовательный, быстро-протекающій туберкулезъ, виды его: 1) распространяющійся съ прикрѣпленнымъ прилегающими секвестрами, 2) ограниченный съ маленькими секвестрами, окруженными гноящимися грануляціями, 3) распространяющійся туберкулезный гнойный остеитъ.

Опыты *Arloing* [2]) произведены съ цѣлью установить инденитичность скрофулеза и туберкулеза. Для этого Arloing бралъ отъ тѣхъ и другихъ больныхъ ткани и матеріалы для прививки кроликамъ и морскимъ свинкамъ. При этомъ: 1) при вприскиваніи туберкулезныхъ веществъ подъ кожу у обоихъ животныхъ быстро получался висцеральный туберкулезъ.

2) Продукты скрофулезныхъ лимфатическихъ железъ при подкожномъ введеніи у морскихъ свинокъ (10) лишь по истеченіи 2 мѣсяцевъ вызвали опуханіе и казеозный метаморфозъ лимфатическихъ железъ и туберкулезъ легкихъ и селезенки, изъ одновременно привитыхъ кроликовъ (10), только у двухъ появились реактивныя явленія, на мѣстѣ прививки, заключающіеся въ маленькихъ сыровидныхъ грануляціяхъ.

3) Тѣже вещества (изъ скрофулезныхъ железъ) при введе-

---

[1]) Kiener et Poulet, De l'osteoperiostite tuberculeuse chronique ou caric des os. Archives de physologie normale et pathologique, 1883, p. 224—262.

[2]) Arloing, Nouvelles experiances comparatives sur l'inoculation de la serophule et de la tuberculeuse de l'homme au capin et au cobaye. Note presente par Bouley. Comptes rendus de l'Acad. des scienses, 1886, № 16.

нія въ брюшную полость, вызывали у морскихъ свинокъ уже черезъ 4—5 недѣль бугорчатку внутренностей, кролики же остались здоровыми.

4) Прививка гноя изъ скрофулезныхъ железъ дала тѣ-же результаты, т. е. общее зараженіе у морскихъ свинокъ. Кролики-же, какъ кажется, заболѣваютъ только отъ прививокъ настоящихъ туберкулезныхъ продуктовъ.

5) Совершенно тѣже результаты дали прививки изъ сочленовныхъ фунгозныхъ массъ, синовіи, при tumor albus эпифизарныхъ болѣзненныхъ очаговъ.

Выводъ Arloing'а тотъ—или оба эти процесса родственны между собою, но обусловлены различными ядами, или же оба возникаютъ отъ одного и того-же яда, который, претерпѣвая извѣстную модификацію, вызываетъ скрофулезъ.

J. Möglin, въ своемъ прекрасномъ изслѣдованіи, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ [1]): изслѣдуя 53 препарата хирургическаго туберкулеза, (въ томъ числѣ 10 случаевъ туберкулеза костей и 18-ть сочлененій), полученныхъ преимущественно при резекціяхъ, нашелъ, что въ случаяхъ хирургическаго туберкулеза, даже съ значительно подвинувшимися измѣненіями, присутствіе бациллъ можетъ быть доказано лишь съ большимъ трудомъ и потерею времени. Поэтому, въ обыкновенной хирургической практикѣ (1. с. ст. 272) отыскиваніе бациллъ не можетъ быть рекомендовано какъ діагностическое вспомогательное средство. Кромѣ отыскиванія бациллъ подъ микроскопомъ, можно еще прибѣгнуть къ другому методу для выясненія этіологіи страданія. Методъ этотъ состоитъ въ прививкѣ животнымъ изслѣдуемыхъ веществъ. Къ нему прибѣгалъ *Martin*. Но въ практическомъ примѣненіи, по мнѣнію Mögling'а онъ является еще болѣе затруднительнымъ, тѣмъ предъидущій. Такія затрудненія при отыскиваніи бациллъ и ничтожныя количества, иногда и полное отсутствіе послѣднихъ въ препаратахъ, заставила нѣкоторыхъ авторовъ обратиться къ предположенію, не находятся ли здѣсь бациллы въ какомъ нибудь другомъ видѣ. Такъ *Malassez* и *Vignal* [2]) изслѣдуя творожистый узелъ, взятый съ

---

[1]) Mögling, Ueber chirurgischen Tuberkulosen въ Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen, herausgegeben vou prof. P. Bruns. 1884, II, ст. 248—298.

[2]) Malassez et Vignal, Tuberculose zoogleique. Comptes rendus de l'acad. des sciences, 1883, vol. 97, p. 1006—1009.

предплечья мальчика, умершаго отъ туберкулезнаго менингита, вовсе не нашли бациллъ, но прививка этого же узла животнымъ дала положительные результаты, какъ въ первой, такъ и въ послѣдующей серіяхъ прививокъ. Причемъ, ни у одного изъ животныхъ первыхъ 4-хъ серій, нельзя было найти бациллъ, а вмѣсто нихъ въ центрѣ узелковъ находились кучки микрококовъ, соединенныхъ въ зооглеи. Но за то, въ послѣдующихъ серіяхъ прививокъ, вмѣсто зооглей находились типичные микрококи. Такіе же микрококи добыты были и путемъ чистыхъ культуръ изъ частицъ выше упомянутаго узла и піогенной оболочки 3-хъ натечныхъ абсцессовъ, въ которыхъ не было найдено бациллъ. Прививки же культуръ ихъ опять вызывали въ первыхъ двухъ серіяхъ опытовъ бугорки съ зооглеями, а въ послѣдующихъ—бугорки съ бациллами. Эти результаты и побудили авторовъ принять особую форму—tuberculose-zoogleique. Чередованіе же у привитыхъ животныхъ зооглей и бациллъ авторы объяснили тѣмъ, что вѣроятно въ узлѣ, давшемъ матеріалъ для прививокъ, существовали какъ туберкулезныя зооглеи, такъ и развившіяся впослѣдствіи, споры туберкулезныхъ бациллъ.

Такіе результаты, добытые *Malasses* и *Vignal*'емъ, подтвердилъ и *Castro-Soffia* въ своемъ изслѣдованіи [1]). Онъ изслѣдовалъ туберкулезныя бациллы, при туберкулезѣ костей и изъ 5 случаевъ нашелъ ихъ только въ одномъ, за то опыты прививки изъ внутренней оболочки нарывовъ, гдѣ тоже въ гноѣ лишь съ трудомъ находимы были бациллы, дали вполнѣ положительные результаты; причемъ у животныхъ авторъ въ одномъ ряду прививокъ нашелъ вмѣсто бациллъ зооглейныя массы Vignal'я и Malasses. Отсюда слѣдуетъ, что для постановки діагноза туберкулезнаго страданія костей, или сочлененій, мы въ случаѣ отрицательныхъ данныхъ, при изслѣдованіи на бациллы (изслѣдованій въ высшей степени кропотливыхъ, такъ какъ иные авторы лишь въ 20 разрѣзахъ находили 1—2 бациллы) имѣемъ болѣе легкій способъ—прививокъ животнымъ. Неудобство этого способа конечно заключается въ томъ, что необходимо ждать результатовъ прививки и вести прививку не только въ 1, но лучше въ 2—3 серіяхъ, за то онъ

[1]) Castro—Soffia, Recherches experimentalles sur la tuberculose des os. Paris (реф. въ Centralbl. f. Chirurgie, 1885, ст. 387).

даетъ несомнѣнные и точные результаты. Само собой разумѣется, что прививки эти должны быть произведены съ соблюденіемъ всѣхъ антисептическихъ предосторожностей, дабы вмѣстѣ съ туберкулезными массами, не внести другихъ патогенныхъ микробовъ. Понятно, что при прививкахъ напр. гноя изъ открытыхъ свищей, мы всегда рискуемъ внести микробы нагноенія, которые могутъ намъ затемнить картину при первыхъ прививкахъ. Вотъ почему и рекомендуютъ вести таковыя черезъ нѣсколько серій,—на это обстоятельство указываетъ *Charvot* [1]). „Наконецъ, говоритъ онъ, для избѣжанія всякихъ возраженій слѣдуетъ произвести прививку серіями. *Villemin* и другіе экспериментаторы уже примѣняли этотъ методъ, но M. *Martin* спеціально обратилъ вниманіе физіологовъ на его значеніе. Способъ этотъ заключается въ послѣдовательной прививкѣ туберкулезными продуктами, развившимися у животныхъ, надъ которыми раньше экспериментировался. Несомнѣнно доказано въ настоящее время, что продукты псевдо-туберкулезныхъ инокуляцій, быстро истощаются, въ то время, какъ дѣйствующее начало туберкулеза напротивъ усиливается все болѣе и болѣе. Въ этомъ отношеніи оно дѣйствуетъ какъ настоящій ядъ".

Точно также *Verneil* и *Clado* горячо рекомендуютъ, (на первомъ туберкулезномъ конгрессѣ въ Парижѣ въ 1888 г.), для болѣе точнаго діагноза, прививку туберкулезныхъ продуктовъ морскимъ свинкамъ и въ случаѣ, когда привитыя вещества были туберкулезнаго характера, уже черезъ 10—12 дней появляется обильное высыпаніе туберкулезныхъ бугорковъ въ брюшинѣ, печени, а въ особенности въ селезенкѣ. Авторы высказываютъ надежду, что этотъ діагностическій методъ пріобрѣтетъ право гражданства, хотя съ другой стороны и нельзя не согласиться съ тѣмъ, что патолого-анатомическая картина бугорка на столько характерна, что разъ мы имѣемъ возможность подъ микроскопомъ изслѣдовать вырѣзанныя части, то находя типическое расположеніе—въ центрѣ гигантскую клѣтку, окруженную эпителіоидными и идущими вслѣдъ за послѣдними рядами, скопленіемъ круглыхъ клѣтокъ, мы, не теряя времени на окраску и отыскиваніе бациллъ, легко можемъ поставить діагнозъ.

---

[1]) Charvot, de la tuberculose chirurgale. Revue de chirurgie, 1884, p. 336.

Не менѣе характеренъ и макроскопическій видъ туберкулезныхъ грануляцій—мутно, сѣровато-краснаго цвѣта. Между ними, иногда уже простымъ глазомъ, ясно видны миліарные, или казеознораспадающіеся бугорки. Всѣ эти данныя, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, вполнѣ достаточны для точной постановки діагноза, въ тѣхъ конечно случаяхъ, когда мы имѣемъ возможность изслѣдовать ad oculos пораженныя части.

Такимъ образомъ, въ настоящее время, мы всегда имѣемъ полную возможность точно убѣдиться въ патолого- анатомическомъ характерѣ даннаго пораженія кости или сустава и слѣдовательно поставить съ увѣренностью діагнозъ туберкулезнаго страданія. Увѣренность эта является результатомъ работъ послѣднихъ 10 лѣтъ, т. е. работъ, произведенныхъ преимущественно послѣ открытія Koch'а, составившаго, какъ извѣстно, эпоху въ исторіи вопроса о туберкулезѣ.

Возвратясь нѣсколько назадъ, мы должны еще упомянуть о воззрѣніяхъ нѣкоторыхъ патолого-анатомовъ, на туберкулезныя пораженія костей, принимавшихъ туберкулезныя и не туберкулезныя, фунгозныя страданія ихъ. *Cornil* и *Ranvier* [1]) принимаютъ, что туберкулезъ костей наблюдается обыкновенно въ губчатомъ веществѣ длинныхъ и короткихъ костей. Процессъ представлятеся въ 2 формахъ: изолированныхъ и сливающихся туберкулезныхъ грануляцій.

При настоящемъ уровнѣ нашихъ знаній, говорятъ они далѣе, (l. c. стр. 429) встрѣтивъ въ кости каверну, выстланную мясистыми сосочками или гладкой оболочкой, наполненную гноемъ или казеозными массами, можно ее, логически разсуждая, лишь тогда считать результатомъ туберкулезнаго процесса, если въ сосѣднихъ тканяхъ существуютъ туберкулезныя грануляціи, видимыя простымъ, или вооруженнымъ глазомъ. Секвестръ губчатой кости, плавающій въ гноѣ или казеозно инфильтрованный, можетъ быть только тогда отнесенъ къ сливающимся туберкуламъ, если вокругъ него есть отдѣльныя или слившіяся грануляціи. Въ самомъ дѣлѣ простой остеитъ, каріозный процессъ, гуммы могутъ вызвать измѣненія костной

---

[1]) Cornil et Ranvier. Manuel d'Histologie Pathologique. 2 Ed. 1881 1 vol. p. 424 и слѣд.

ткани, похожія, на первый взглядъ, на слившіеся туберкулы, въ эволюціонномъ или элиминаціонномъ періодѣ.

Что же касается бѣлыхъ опухолей, или скрофулезныхъ артритовъ (l. c. стр. 470) то ихъ анатомическая характеристика основывается на первоначальныхъ измѣненіяхъ т. е. па жировомъ перерожденіи клѣточныхъ элементовъ хрящей и костей. Другія же измѣненія принадлежатъ къ воспаленіямъ. Можно различать два періода въ теченіи ихъ. Въ теченіи перваго происходятъ измѣненія въ ткани хряща и эпифиза кости. Во второмъ, омертвѣвшія, вслѣдствіе жироваго перерожденія ткани, вызываютъ въ своей окружности выъѣливленый воспаленіе (inflammation éliminatrice) (артритъ, osteitis rarificans suppurativa, caries, hyperostosis, фунгозныя разращенія синовіяльной оболочки, нарывы въ костяхъ, окружающихъ частяхъ, хроническую флегмону).

Такой хроническій артритъ часто встрѣчается у субъектовъ, представляющихъ клиническія явленія, свойственныя золотушнымъ. Многіе изъ нихъ страдаютъ туберкулезомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ синовіальныя оболочки, кости и выстланные грануляціями, свищевые ходы служатъ мѣстомъ пребыванія туберкулезныхъ грануляцій. Но не слѣдуетъ думать, (l. c. стр. 483) что каждая бѣлая опухоль является въ тоже время туберкулезнымъ артритомъ. Изъ взаимное цифровое отношеніе не можетъ быть еще установлено въ настоящее время.

Lannelongue [1], въ своей прекрасной монографіи объ холодныхъ нарывахъ при костномъ туберкулезѣ, описывая подробно микроскопическое строеніе стѣнки холодныхъ нарывовъ, констатируетъ присутствіе въ нихъ туберкулезныхъ фолликуловъ, считая характернымъ признакомъ ихъ группировку и расположеніе микроскропическихъ элементовъ и даетъ рисунки этихъ туберкуловъ (табл. III и IV). Далѣе онъ изслѣдуетъ дегенеративные процессы происходящіе въ этихъ бугоркахъ— размягченіе и казеозный метаморфозъ ихъ, способы образованія и развитія холодныхъ нарывовъ, клиническое теченіе ихъ, приводя въ иллюстрацію многочисленные, наблюдавшіеся имъ случаи. Во второй части своего труда, онъ разбираетъ

---

[1]) Lannelongue. Abcès froids et tuberculose osseuse. 1881 стр. 27.

костной туберкулезъ установливая его несомнѣнную связь съ развитіемъ холодныхъ нарывовъ. Дѣленіе Nelaton'а на осумкованный и разлитой туберкулезъ костей, онъ считаетъ важнымъ, но не имѣющимъ достаточныхъ основаній, полагая, что главнымъ основаніемъ для діагноста (l. c. стр. 130) должно быть присутствіе изолированныхъ, или скученныхъ туберкуловъ, видимое простымъ или вооруженнымъ глазомъ.

Особенное вниманіе Lannelongue обращаетъ на измѣненія въ костномъ мозгу и дѣятельность его въ развитіи osteitis rarificientis (стр. 133). Вслѣдствіе пролифераціоннаго процесса въ костномъ мозгу, онъ становится похожимъ на эмбріональный и результатомъ этихъ измѣненій, является увеличеніе костно-мозговой полости, вслѣдствіе разъѣданія и всасыванія сосѣднихъ частей кости—т. е. развивается osteitis rarificans утолчающій значительно стѣнки полости (табл. VIII). Въ дальнѣйшемъ теченіи, наступаетъ жировое и студенистое перерожденіе костнаго мозга, при послѣднемъ онъ становится похожимъ на миксоматозную ткань. Это измѣненіе Lanelongue разсматриваетъ какъ стремленіе ткани къ возстановленію измѣненій вызванныхъ воспалительнымъ процессомъ. Затѣмъ онъ разсматриваетъ способъ развитія, увеличенія и заживленія костныхъ кавернъ и измѣненія которымъ подвергается содержимое ихъ.

Въ слѣдующей своей работѣ, составляющей какъ бы продолженія вышеупомянутой, Lannelongue [1]) различаетъ два вида бѣлыхъ опухолей: простыя фунгозныя разрощенія и туберкулезныя—принимая за характерное и капитальное отличіе ихъ отсутствіе, или присутствіе бугорковъ, въ томъ значеніи какъ это было принято (до открытія Koch'а). Разсматривая простые фунгозные артириты, онъ считаетъ причиною ихъ всякій нагноительный процессъ въ составѣ, существующій извѣстное время (l. c. стр. 494). Такимъ образомъ, травматическій артритъ, принявшій хроническое теченіе, часто сопровождается обильнымъ развитіемъ фунгозныхъ грануляцій.

Послѣднія, на равнѣ съ измѣненіями прочихъ частей состава, часто ведутъ къ обширнымъ разрушеніямъ послѣдняго; но

---

[1]) Lannelongue. Étude sur les caractères et la nature de l'arthite, dite fongeuse. Tuberkulose osseuse et articulaire въ Bullet. et Mem. de la société de chirurgie de Paris т. VIII стр. 491.

тогда преобладающіе значеніе играетъ хроническое воспаленіе синовіяльной оболочки. Равнымъ образомъ, артриты, возникающіе вслѣдствіе остеоміэллита составныхъ концовъ, тоже обнаруживаютъ большую наклонность къ развитію фунгозныхъ разрощеній, точно также и артриты являющіеся локализаціей общаго инфекціоннаго процесса, такъ напр. при родильной горячкѣ, піеміи, сапѣ, скарлатинѣ, сифилисѣ, кори, оспѣ, бленорреѣ, или менѣе ясно опредѣленныхъ болѣзняхъ— остромъ и хроническомъ составномъ ревматизмѣ, ataxia locomotorica. Въ такихъ случаяхъ, фунгозное страданіе иногда можетъ развиться, даже безъ предшествовавшаго гнойнаго воспаленія и фунгозныя массы не отличаются ни какими свойствами и даже при разрушеніи всего состава, нечего причислять ихъ къ туберкулезу сочлененій, такъ какъ такое уподобленіе не будетъ законнымъ, за отсутствіемъ одной изъ частей послѣдняго. Допустивъ так. образ. 2 вида фунгозныхъ страданій Lannelongue съ другой стороны отвергаетъ всякую разницу между золотушнымъ и туберкулезнымъ страданіемъ костей и принимаетъ единственно послѣднихъ, на основаніи результатовъ прививокъ произведенныхъ животнымъ.

Во второй части, говоря о туберкулезныхъ пораженіяхъ составовъ, онъ признаетъ несомнѣннымъ что исходной точкой страданія можетъ иногда служить синовіяльная оболочка, независимо отъ эпифизарныхъ страданій, того же характера, служащихъ гораздо чаще исходной точкой; (р. 506) при чемъ страданіе синовіальной обл. является послѣдовательнымъ. Въ этомъ отношеніи онъ вполнѣ согласенъ съ Volkmann'омъ и другими германскими авторами.

Пораженіе эпифизовъ бываетъ или въ ограниченной или диффузной формѣ. Что же касается способа развитія сочленовнаго страданія, то авторъ высказываетъ предположеніе о возможности проникновенія яда по лимфатическимъ путямъ.

Описывая ходъ разрушительнаго процесса Lannelongue указываетъ, что не всегда дѣло кончается такъ плохо и что иногда, даже часто, болѣзнь пріостанавливается сама собою и въ это время усилія организма къ востановленію обнаруживается въ двухъ видахъ.

Перерожденныя туберкулезныя ткани извергаются и всасываются, сами туберкулы, какъ это указалъ Grancher, могутъ

претерпѣть доброкачественное измѣненіе, съ другой стороны воспалительные эксудаты, простыя фунгозныя разрощенія превращаясь въ болѣе стойкія ткани, вызываютъ срощенія и выполняютъ составы. Могутъ даже происходить новообразованія костной ткани, ведущія къ развитію анкилозовъ, заканчивающихъ эту возстановительную дѣятельность. Этотъ комплектъ условій и придаетъ прогнозу болѣе благопріятный характеръ, на который нужно указать, настаивавши раньше на наклонности его вообще, къ развитію разрушительныхъ процессовъ.

Итакъ, наблюдаются 2 формы туберкулезнаго остео—артрита. Первая, въ которой болѣзнь течетъ скрытно, измѣненія не рѣзко выражены, вслѣдствіе чего трудно точно опредѣлить мѣсто и степень развитія процесса. Въ это время оперативное вмѣшательство является преждевременнымъ и ничѣмъ не оправдываемымъ. Абсолютный отдыхъ, отдаленіе сочленовныхъ поверхностей другъ отъ друга, при удобномъ положеніи конечности, улучшенія гигіеническихъ условій и т. п. являются главными средствами для прекращенія процесса. Если же они оказались бы недостаточными и синовіальная оболочка приняла бы участіе въ процессѣ и стала фунгозной, то нужно прибѣгнуть къ новѣйши методамъ лѣчечья: давленію на составъ, полной иммобилизаціи, игнипунктурѣ (*Richet*), интерсциціальнымъ (*Lefort*) и внутри составнымъ вприскиваньямъ (*Marc Sée*).

Вторая форма характеризуется появленіемъ осложеній угрожающихъ новыми опасностями—образованіемъ около составнаго или натечнаго нарыва, происходящаго отъ синовіальной оболочки или кости. Здѣсь показано хирургическое вмѣшательство. Но нельзя ограничиться вскрытіемъ и выскабливаніемъ нарыва. Надобно открыть источникъ его, проникнуть до кости, удалить подвижной секвестръ—первичный очагъ, слѣдовательно прибѣгнуть къ выскабливанію, выдалбливанію и частичной резекціи кости, не опасаясь перейти за границу страданій, на которыя будетъ указывать хрупкость кости.

Verneuil [1]). Различаетъ 3 разновидности фунгозныхъ разрощеній, которыя не должно смѣшивать и приписывать всегда

---

[1]) Bulletins et Mémoires de la société de Chirurgie de Paris. Vol. VIII 1882 p. 459)..

одной и той же причинѣ. Первая форма, развивающаяся при хроническихъ ревматическихъ синовитахъ. Вторая, при которой грануляція заключаютъ многочисленные туберкулезные фолликулы—встрѣчается при туберкулезномъ синовитѣ и была изучена *Lannelong*'омъ и *Brissaud*; третья является симптомомъ страданія костей и можетъ считаться аналогичной раздраженіямъ, развивающимся вокругъ секвестровъ.

Слѣдовательно и методы лѣченья должны быть различны. При первой формѣ достаточно смазываній іодомъ, давленія, прижиганій и если лѣченіе продолжается достаточно продолжительное время, то всегда наступаетъ полное выздоровленіе. Вторая форма, при которой встрѣчается въ фугозныхъ разрощеніяхъ, болѣе или менѣе разсѣянные, сливающіеся туберкулезные очаги, требуетъ болѣе радикальнаго лѣченія. Verneuil наблюдалъ подобное пораженіе сухожильныхъ влагалищъ на стопѣ, оно также часто встрѣчается на колѣнѣ и локтѣ. Такъ какъ послѣ резекціи обыкновенно мѣсяца черезъ 2, являются возвраты, то всегда нужно ампутировать при третьей формѣ. Когда грануляціи являются симптомомъ остеита (туберкулезнаго или нѣтъ), можно сдѣлать резекцію по методу *Ollier*. Синовіяльная же артректомія слишкомъ сложна и рѣдко ведетъ къ цѣли.

Poulet [1]), на основаніи изслѣдованія 35 случаевъ, пришелъ къ убѣжденію, объ идентичности caries и туберкулезнаго остеита, такъ какъ характерныя туберкулезныя грануляціи встрѣчаются въ обоихъ случаяхъ Онъ. признаетъ 3 формы туберкулеза костей: 1) первичный хроническій туберкулезъ въ видѣ очаговъ, съ очень медленнымъ теченіемъ и въ началѣ съ незначительными поврежденіями сосѣднихъ частей. 2) Вторичный туберкулезъ у истощенныхъ субъектовъ, когда фекальные процессы осложняются разными пораненіями кости, хотя и не туберкулезнаго характера, но способствующими быстрому распространенію основнаго процесса (carces fungosa другихъ авторовъ). 3) Острый тубрекулезъ, захватывающій быстро весь эпифизъ и вѣроятно связанный съ общимъ заболѣваніемъ. Онъ сотвѣтствуетъ галлопирующей чахоткѣ легкихъ. Самостоятельное исцѣленіе хотя возможно но рѣдко и наблюдается

[1]) Poulet Osteite tuberculeuse ou carie des os. Revue de chir. 1883 г. стр. 68

преимущественно въ первой формѣ, отличіе которой отъ второй формы весьма важно въ клиническомъ отношеніи. Первая форма требуетъ для излѣченія частичной операціи, вторая же—обширнаго и быстраго удаленія больныхъ частей.

Arnaud[1]) тоже принимаетъ 3 вида туберкулеза-синовіальной оболочки составовъ.

1) *Миліарная форма*, характеризующаяся появленіемъ на поверхности серозной оболочки сѣрыхъ бугорковъ, безъ фунгозныхъ разрощеній.

2) *Фунгозная форма.*

3) *Фиброзная форма*, при которой синовіальная оболочка превращается въ похожую на сало ткань, инфильтрированную туберкулами.

Каждая изъ формъ можетъ существовать отдѣльно, но онѣ могутъ переходить другъ въ друга. По этому это дѣленіе не абсолютно и допускаетъ массу переходныхъ формъ.

Идентичность каріозныхъ пораженій костей съ туберкулезными тоже доказалъ *Feuer* [2]). Изслѣдовавъ 12 случаевъ спондилита, онъ 9 разъ констатировалъ туберкулезный характеръ страданія, котораго въ остальныхъ 3 случаяхъ онъ не могъ доказать съ увѣренностью. Послѣдніе окончились выздоровленіемъ. Въ пяти случаяхъ, изъ 9, не существовало общаго туберкулеза.

Особенно много выясненію даннаго вопроса послужили работы профессора *König'а*, написавшій цѣлый рядъ изслѣдованій и работъ и высказавшихъ наконецъ сводъ своихъ взглядовъ въ монографіи, озаглавленной Die Tuberculose der Knochen und Gelenke, Berlin 1884 г., (русскій переводъ которой Д-ромъ Фридбергомъ изданъ въ 1885 году), составившій эпоху въ исторіи даннаго вопроса. Поэтому здѣсь я изложу вкратцѣ содержаніе нѣкоторыхъ важнѣйшихъ работъ его придерживаясь хронологическаго порядка появленія ихъ. Еще въ 1881 году *König* обратилъ вниманіе на значеніе присутствія миліярныхъ узелковъ на синовіальной оболочкѣ въ нѣкоторыхъ формахъ страданія

---

[1]) Arnaud, De l'arthrite tuberculeuse primitive, ou tuberculeuse des synoviales articulaires. Revue de Chirurgie. 1883. VII p. 525.

[2]) Feuer. Anatomische Untersuchungen über Spondylitis. Virchow's Archiv. Bd 82, стр. 89.

составовъ [1]) и указавъ на опасность общаго зараженія организма, представляемую такимъ очагомъ, настаивалъ на возможно ранемъ удаленіи таковаго.

Затѣмъ *König* обратилъ вниманіе и на связь колебаній температуры съ внутрисоставнымъ процессомъ [2]). Здѣсь онъ обращаетъ вниманіе на прогностическое значеніе опредѣленія нагноенія въ составѣ. Небольшія количества гноя трудно опредѣлимы при обыкновенномъ изслѣдованіи. Поэтому, громадную услугу оказываетъ продолжительное наблюденіе температуры больнаго. Въ то время, какъ при простомъ гранулирующемъ синовитѣ обыкновенно не наблюдается отклоненія температуры отъ нормы, образованіе нарыва внутри грануляціонной ткани тотчасъ сказывается повышеніемъ температуры. Это положеніе онъ иллюстрируетъ табл. температурныхъ кривыхъ. Повышеніе температуры бываетъ обыкновенно до 38°, лишь рѣдко до 39° и выше. Утренняя температура нормальна или ниже нормы, что наблюдается обыкновенно при некротическомъ распадѣ грануляціи.

Въ слѣдующей своей работѣ о туберкулезѣ составовъ, обнародованной имъ въ 1879 году [3]), *König* на основаніи результатовъ изслѣдованія 72 костныхъ препаратовъ, резецированныхъ сочлененій, изъ которыхъ въ 67 случаяхъ онъ нанашелъ бугорки, высказывается опредѣленно, что fungus articulorum есть ничто иное въ патологическомъ отношеніи, какъ туберкулезъ состава, (l. c. стр. 545) а равно и въ клиническомъ отношеніи онъ представляетъ характерныя явленія такого же страданія. На основаніи своихъ изслѣдованій онъ пришелъ къ слѣд. выводамъ (l. c. стр. 62).

1) Характернымъ анатомическимъ явленіемъ фунгознаго страданія состава, является присутствіе туберкулезныхъ грануляцій, либо въ составныхъ костяхъ, либо въ синовіяльной оболочкѣ, либо въ обѣихъ частяхъ состава.

---

[1]) König. Ueber Befund miliaren Knötchen in fungösen Gelenke und dessen klinishe Bedentung, Berliner Klin. Wochenschrift. 1871. стр. 229—234.

[2]) Die Körperwärme bei granulirend. (fungös) eitriger Entzündung der Gelenke. Verhanlungen der Deutschen Gesselschaft für Chirurgie VII congress 1879. 153—165.

[3]) Die Tuberkulose der Gelenke. Deutsche Zeitschrft. f. Chirurgie XI Стр. 531—571 1879 г.

2) Клиническое теченіе такихъ сочленовныхъ страданій, по своей мѣстной клинической картинѣ, вполнѣ соотвѣтствуетъ туберкулезному воспаленію другихъ органовъ.

3) Наконецъ, исходъ извѣстной части случаевъ говоритъ за то, что мы дѣйствительно имѣемъ дѣло съ мѣстнымъ туберкулезомъ. Мы доказали, что въ случаѣ fungi articuli развивался общій миліарный туберкулезъ, клиническое теченіе котораго опредѣленно указывало на то, что зараженіе могло было быть вызвано только больнымъ составомъ, а вскрытіе доказывало отсуствіе какого либо другаго гнѣзда заразы.

Свои положенія *König* доказалъ и опытами прививокъ фунгозныхъ массъ кроликамъ, у которыхъ онъ такимъ путемъ вызвалъ явленія общаго и мѣстнаго туберкулеза. Указавъ, что хроническое опуханіе железъ, даже когда онѣ казеозно-перерожденны представляетъ клиническую картину туберкулеза, *König* так. образ. устанавливаетъ единство скрофулезныхъ и туберкулезныхъ страданій.

Указавъ далѣе, на важность травмы, какъ одного изъ этіологическихъ, предрасполагающихъ моментовъ, *König* анализируетъ костный туберкулезъ въ клиническомъ отношеніи, подчеркивая его аналогію съ острымъ остеміэллитомъ. Въ заключеніе разбираетъ профилактику и лѣченіе болѣзни примѣненіемъ лѣкарственныхъ средствъ въ самомъ началѣ болѣзни и говоритъ, что будущность терапіи составнаго туберкулеза лежитъ въ томъ, что намъ удается посредствомъ вліянія лѣчебныхъ средствъ, дѣйствуя или непосредственно на ткани, или вводя ихъ черезъ желудокъ въ кровь, ограничить примѣненіе оперативныхъ методовъ.

И такъ въ этой работѣ König намѣтилъ всѣ главныя положенія ученія о туберкулезѣ костей и составовъ, въ своихъ же позднѣйшихъ изслѣдованіяхъ онъ развиваетъ и подтверждаетъ эти положенія, которыя остались съ тѣхъ поръ почти безъ всякихъ измѣненій. Что же касается оперативныхъ результатовъ, то они часто бываютъ обманчивыми и König [1]) предостерегаетъ отъ увлеченія хорошими первоначальными результатами, такъ какъ нельзя считать еще излѣченными тѣ случаи, гдѣ раны зажили и осталось еще дренажное отверстіе, или подживаю-

[1]) König, Die Erfolge der Resectionen bei tuberculösen Erkrankungen der Knochen und gelenke unter dem Einfluss der aseptischer Verfahrens. Langenbek's Archiv 1880 B. XXV. стр. 580—588.

щій свищъ, ибо часто наблюдается повторное развитіе туберкулеза, въ зажившемъ уже разрѣзѣ на кожѣ и смерть отъ общаго туберкулеза. Работу свою онъ заканчиваетъ мнѣніемъ, что антисептическіе методы операціи не оказали до сихъ поръ ощутительнаго вліянія на ходъ болѣзни—общаго туберкулеза, развивающагося послѣ операціи и сводящаго паціента въ могилу, отсюда слѣдуетъ правило: оперируя, тщательно удалять все пораженное. Но König [1]) и здѣсь весьма настойчиво предостерегаетъ отъ увлеченія ранними резекціями. „Ранняя резекція, говоритъ онъ (l. c. стр. 824), сдѣлалась въ послѣднее время любимымъ боевымъ конькомъ, прославляемымъ средствомъ, не только для излѣченія и прекращенія мѣстнаго туберкулеза, но дающимъ значительную гарантію дальнѣйшаго существованія, вполнѣ застрахованнаго отъ общаго туберкулеза. Но понятіе объ „ранней резекціи" вещь весьма условная, —оно не можетъ быть опредѣлено продолжительностью времени, истекшаго отъ начала заболѣванія, а всецѣло зависитъ отъ скорости теченія мѣстнаго процесса, его отношеніи и опасности развитія общаго туберкулеза". Разобравши случаи, когда необходимо резецироватъ, отдѣливъ тѣ гдѣ она составляетъ indicationem vitalem, или случаи съ вполнѣ разрушенными частями составовъ и тогда останутся случаи съ умѣренно тяжелыми явленіями, здѣсь то спрашивается, необходимо ли резецировать и много ли больной, пожертвовавъ сочлененіемъ, выигрываетъ по отнсшенію къ сохраненію своего здоровья—соотвѣтствуютъ ли результаты такой жертвѣ? По мнѣнію König'а слѣдуетъ жертвовать сочлененіемъ лишь въ 2 случаяхъ: когда механизмъ сочлененія разрушенъ и удаленіемъ его, мы излѣчиваемъ больнаго, или пожертвовавъ нормальнымъ сочлененіемъ мы можемъ съ увѣренностью сказать, что обезпечили существованіе больнаго. Послѣднее показаніе не представляетъ большихъ затрудненій для выбора случаевъ. Но не надобно забывать, что въ большей части случаевъ, существуютъ и другія гнѣзда, ведущія къ развитію общаго туберкулеза.

„Резекція больнаго сочлененія не вліяетъ въ значительной степени на уменьшеніе опасности туберкулезнаго

---

[1]) König, Die Frühresection bei tuberculöser Erkrankungen der Gelenke und die Localbehandlung tuberculöser Herde der Gelenken. Langenbek's Archiv. B. 88 VI 181. стр. 822—833

заболѣванія другихъ органовъ и всего организма и потому, при такомъ сомнительномъ положеніи вопроса о туберкулезѣ, если кто хочетъ резецировать больное сочлененіе, въ то время когда еще остались малѣйшіе признаки надежды на полученіе годнаго рефекціонирующаго состава, тотъ можетъ это дѣлать.

Что же касается меня, то у меня лично не хватаетъ убѣжденія въ томъ, что больной взамѣнъ пожертованнаго сочлененія пріобрѣтетъ шансы къ продленію жизни (l. c. стр. 824), потому наше вмѣшательство должно заключаться въ удаленіи, не всего сочлененія, а лишь фокусовъ начала страданія, лежащихъ обыкновенно въ кости, подъ хрящами или въ сосѣдствѣ капсулы сочлененія—раньше чѣмъ вскрывшись въ составъ, они вызовутъ его заболѣваніе. Но только такое удаленіе должно быть всегда основательнымъ и стѣнки полости должны быть тоже удалены острой ложечкой, либо долотомъ, не обращая вниманія на то, будетъ ли при томъ вскрыта составная полость или нѣтъ. Дальнѣйшее же лѣченіе должно быть ведено по всѣмъ правиламъ антисептики. „Свои положенія König подтверждаетъ краткимъ изложеніемъ 25 случаевъ изъ своей практики. Также точно (т. е. антисептически) должно поступать и съ холодными нарывами [1]). Но здѣсь представляется главное затрудненіе въ томъ, что въ большей части случаевъ, причиною образованія ихъ, является заболѣваніе позвонковъ, въ которомъ мы не можемъ добраться до самаго очага страданія. Здѣсь мы стараемся достигать цѣли, вводя іодоформъ въ свищевые ходы, но часто-ли достигаемъ излѣченія—это по меньшей мѣрѣ сомнительно. Но если очагъ, обусловившій образованіе такого холоднаго нарыва достижимъ, то по вскрытіи нарыва намъ удается обыкновенно удаливъ всю піогенную оболочку, видѣть свищевой ходъ, ведущій къ обнаженной кости. Тогда, расширивъ разрѣзъ, доходимъ до очага страданія, удаляемъ туберкулезный секвестръ, содержимое гнѣзда и всю его окружность и лѣчимъ по всѣмъ правиламъ антисептики. Въ этой же работѣ, авторъ указываетъ на успѣхи въ лѣченіи, обусловленные примѣненіемъ іодоформа и говоритъ, что

---

[1]) *König*, Die Tuberculose der Knochen und Gelenke und die Fortschritte in der Behandlung dieser Krankheit. Volkmann's Vorträge 1882. № 214.

только іодоформъ сдѣлалъ для насъ возможнымъ болѣе энергическое вмѣшательство въ этомъ направленіи. Мы теперь не боимся вскрытія большихъ составовъ, равно нагноенія, resp. возникновенія грануляціонныхъ опухолей. Туже, высказанную выше, мысль о необходимости тщательнаго выбора случаевъ для резекціи и предостереженія свои противъ обнаружившагося увлеченія резекціями, а равно о безплодности и вредѣ послѣднихъ въ извѣстныхъ случаяхъ, König повторилъ и на XII конгрессѣ Германскаго Общества хирурговъ [1]), указывая на развитіе общаго туберкулеза послѣ операціи, въ особенности послѣ удаленія нагноившихся и казеозно перерожденныхъ фунгозныхъ грануляцій. Онъ приходитъ къ выводу, что послѣ извѣстнаго числа оперированныхъ составныхъ туберкулезовъ, развивается общее зараженіе, какъ непосредственное или болѣе отдаленное послѣдствіе операціи и что существуетъ прививка туберкулеза вслѣдствіе операціи. Въ Геттингенской клиникѣ, общій туберкулезъ развивался у оперированныхъ (16 случаевъ) чаще, чѣмъ у неоперированныхъ. Случаи эти (первые) могутъ быть раздѣлены на 2 группы: въ первой изъ нихъ, какъ и въ опытахъ прививки животнымъ, туберкулезъ развивается въ теченіи первыхъ двухъ недѣль послѣ операціи и на 3-й или четвертой недѣлѣ больной умираетъ. Во второй группѣ—операція не ведетъ къ скорому выздоровленію и вмѣстѣ съ нагноеніемъ наступаетъ рецедивъ туберкулеза. Въ такихъ случаяхъ, обыкновенно прилагаютъ всѣ усилія къ тому, чтобы совладать съ нагноеніемъ и эти то попытки, раньше или позже ведутъ къ общемузараженію, отъ этого и умирали раньше резецированные при кокситахъ König'омъ, но вслѣдъ за примѣненіемъ іодоформа случаи эти почти совершенно исчезли. Весьма вѣроятно, говоритъ König, что посредствомъ резекціи мы сами создаемъ бо́льшее количество туберкулезныхъ больныхъ, чѣмъ предохраняемъ ихъ отъ туберкулеза.

Прекрасная монографія его о туберкулезѣ костей и сочле-

---

[1]) *König*. Welchen Einfluss soll die aus einem lokalen Herderwachsende gefahr von allgemeiner Miliartuberculose auf die Frage der operativen Beseitigung dieses Herdes haben? отчетъ о XIII конгрессѣ Герм. Хир. въ Centralblatt f. Chirurgi 1884 № 24.

ній представляетъ собою дальнѣйшее развитіе взглядовъ и выводовъ, основанныхъ какъ на громадномъ клиническомъ матеріалѣ, такъ и долголѣтней опытности. Не останавливаясь, за недостаткомъ времени и мѣста, на подробномъ реферированіи этой работы, составившей эпоху въ ученіи о туберкулезѣ костей и составовъ, послужившей исходной точкой массѣ другихъ работъ и измѣнившей взгляды на показанія къ оперативному вмѣшательству, я только укажу (по русскому переводу) на нѣкоторые выводы, къ которымъ пришелъ авторъ.

Бугорчатка костей встрѣчается, или въ видѣ разлитаго пораженія прогрессивной бугорчатковой инфильтраціи костей (рѣдко), или гораздо чаще въ видѣ эпифизарныхъ гнѣздныхъ заболѣваній. Послѣднія имѣютъ характеръ или грануляціоннаго костнаго очага, содержащаго вялыя грануляціи, гной и маленькіе куски секвестровъ, при чемъ въ старыхъ гнѣздахъ наход. творожистыя массы, или въ видѣ бугорчатнаго некроза, представляющаго форму клина, основаніемъ къ составу—инфаркта. Послѣдствіемъ этихъ костныхъ страданій является холодный гноевикъ, бугорчатный гноевикъ, конгестивный и затяжной гноевикъ, распространяющійся дальше по рыхлымъ соединительно тканнымъ путямъ.

Исходной точкой бугорчатки состава являются: или кости (чаще) или синовіальная оболочка (рѣже), причемъ одно страданіе—разлитая первичная бугорчатка синовіальной оболочки, отнюдь не исключаетъ возможности одновременнаго существованія костныхъ гнѣздъ. Бугорчатка составовъ встрѣчается въ формахъ:

1) бугорчатной водянки—hydrops tuberculosus.

2) fungus tuberculosus (грануляціонное, грибовидное воспаленіе состава, tumor albus).

3) Холоднаго гноевика состава.

Для того чтобы рѣшить вопросъ о развитіи 2-й формы, Dr. Müller изслѣдовалъ 232, резецированныхъ König'омъ препарата Геттингенскаго музея,

изъ нихъ: первичной	костной бугорчатки было	158.
„ „	синовіальной	46.
„	сомнительныхъ	28.

Но, по отдѣльнымъ составамъ эти отношенія измѣняются очень разнообразно, такъ напримѣръ.

въ колѣнѣ изъ	118	случ.	кости.	69,	синов.	33 (33 %),	сомн.	16.
въ т. бедр. сост.	61	"	"	47,	"	3 (6%),	"	11.
въ плеч. сост.	53	"	"	42,	"	10 (20%),	"	1.
въ возрастѣ								
3—14 л. —	71	"	"	50,	"	21		
13—30	82	"	"	64,	"	18		
выше 30	51	"	"	39,	"	12		

Относительно хода температуры König повторяетъ то, что было уже высказано имъ раньше, ссылаясь на свою же работу, цитированную нами (смотри выше стр. 34). Затѣмъ онъ разбираетъ вопросъ о положеніи, деформаціи и боляхъ въ пораженномъ составѣ.

Въ главѣ о распознаваніяхъ, König (стр. 72) обращаетъ вниманіе на то, что сохраненіе человѣкомъ здороваго вида и удовлетворительнаго питанія, само по себѣ, не можетъ имѣть никакого отношенія къ вопросу о распознаваніи. Самыми трудными для діагноза являются случаи hydropis tuberculosi articulorum и caries sicca.

Бугорчатка нигдѣ, ни въ одномъ органѣ не имѣетъ типическаго теченія, поэтому прогнозъ ея представляетъ большія затрудненія, а подчасъ и невозможенъ и часто трудно отвѣтить на вопросъ (l. c. стр. 77), изъ чего мы заключаемъ, что пораженный бугорчаткой составъ долженъ считаться излѣченнымъ. Но вообще предсказаніе фунгознаго воспаленія составовъ у дѣтей значительно лучше чѣмъ у взрослыхъ. Это положеніе ясно, разъ мы признаемъ фунгозный процессъ за бугорчатку. Дѣло въ томъ, что и въ другихъ органахъ, бугорчатка излѣчивается у дѣтей значительно легче, чѣмъ у взрослыхъ. Что же касается до опасности бугорчатки состава для жизни больнаго, то лишь въ небольшомъ числѣ случаевъ пораженіе состава можетъ считаться первичнымъ и единственнымъ процессомъ, такъ какъ костносоставная бугорчатка представляетъ обыкновенно метастатическое заболѣваніе, вызванное другими гнѣздами. Затѣмъ слѣдуютъ главы о лѣченіи и о процессѣ въ большихъ составахъ, которыхъ мы коснемся въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ нашей работы.

Подробную-же картину бугорчатки всѣхъ составовъ и костей König изложилъ въ своемъ прекрасномъ руководствѣ

къ хирургіи [1]). Разбирая отдѣльно заболѣваніе каждаго состава, онъ особенно останавливается на патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ и ходѣ процесса. Но вездѣ проводится имъ одинъ и тотъ же взглядъ—не оперировать, не имѣя къ тому настоятельныхъ показаній и вообще не оперировать въ дѣтскомъ возрастѣ.

Другой, не менѣе извѣстный хирургъ, современникъ König'а *Hueter* [2]) въ своемъ учебникѣ хирургіи, обращая значительное вниманіе на туберкулезныя страданія костей и составовъ, описываетъ слѣдующія двѣ формы, раздѣляя общее страданіе по отдѣльнымъ тканямъ, входящимъ въ составъ сочлененій и служащимъ исходной точкой страд.

1) Myelitis granulosa—воспаленіе костнаго мозга, въ основѣ котораго лежитъ беспорно золотуха (l. c. стр. 130). Процессъ характеризуется развитіемъ грануляцій, разрушающихъ костныя перегородки, и образующихъ отдѣльные, или сливающіеся очаги, изъ которыхъ затѣмъ образуются хроническіе костные гноевики. Так. образомъ окончательнымъ продуктомъ болѣзни является язвенное распаденіе костнаго вещества. Грануляціонный міэллитъ, caries костей, представляетъ уже съ самаго начала бугорковый процессъ и вредные дѣятели, вызывающіе эту болѣзнь, отличаются специфическимъ характеромъ, т. е. никогда не вызываютъ другой формы воспаленія и общаго пораженія, кромѣ бугорчатковаго. 2) Грануляціонный синовитъ (l. c. стр. 128) тоже долженъ быть причисленъ къ такимъ воспаленіямъ, въ основаніи которыхъ лежитъ туберкулезный агентъ.—Для случаевъ сложнаго грануляціоннаго воспаленія мозговой ткани и синовіяльной оболочки можно удержать названіе костоѣды состава—фунгознаго воспаленія, synovitis tuberculosae. Названіе же tumor albus должно быть отвергнуто. Далѣе разбирая отношеніе золотухи къ бугорчаткѣ, Hueter говоритъ (l. c. стр. 327), что ему удалось даже посредствомъ прививки кусковъ творожистыхъ лимфатическихъ железъ человѣка, въ мышцы лягушки, заразить послѣднюю до такой степени, что у нея появилось грануляціонное воспаленіе составовъ.

---

1) *Кенигъ*. Руководство къ хирургіи, переводъ съ IV-го изданія 1886—1889 г. 4 тома.

2) *Hueter*, Общая и частная хирургія. Русскій переводъ, Т 1. 1882 г.

Kiener и *Poult* [1]) указываютъ, что при туберкулезной костоѣдѣ существуютъ пораженія двоякаго рода: 1) Пораженія въ видѣ очаговъ, прививка ихъ содержимаго даетъ положительные результаты—слѣдовательно здѣсь происходитъ разрушительный процессъ подъ вліяніемъ извѣстнаго агента 2) Диффузныя пораженія, недающія результатовъ при прививкахъ. Онѣ въ болѣе позднее время распространяются на скелетъ.

Мѣстныя пораженія — каждый прогрессирующій костный туберкулъ, представляетъ три ясныхъ стадіи развитія, представляемыя тремя концетрическими поясами—наружный гиперемическій, слѣдующій фолликулярный и внутренній казеозный, съ послѣдовательнымъ образованіемъ секвестровъ и фунгозныхъ массъ.

На основаніи теченія и измѣненій туберкулеза въ костяхъ Kiener и Poulet различаютъ слѣдующія формы: 1) Первичный хроническій туберкулъ—развивающійся въ здоровой кости, по большей части онъ встрѣчается единично, теченіе его очень медленно и правильно. Въ сосѣднихъ тканяхъ онъ невызываетъ или вызываетъ весьма умѣренную воспалительную инфильтрацію, стремящуюся, къ выдѣленію изъ организма пораженныхъ частей. 2) Поздній туберкулъ съ быстрымъ теченіемъ—развивающійся въ кости уже больной и пораженной разлитымъ процессомъ, въ организмѣ истощенномъ хроническимъ туберкулезомъ костей или другихъ органовъ. Теченіе его быстрое и сопровождается рѣзкой воспалительной реакціей въ сосѣднихъ тканяхъ и наконецъ, 3) Острый туберкулезный остеитъ — или общій быстро распространяющійся туберкулезъ. Каждый изъ этихъ видовъ представляетъ разновидности соотвѣтственно строенію и способу распространенія мѣстныхъ пораженій.

Charles Nelaton въ своей диссертаціи, разбирая различныя формы хирургическаго туберкулеза [2]) признаетъ какъ и Nelaton старшій тоже существованіе (стр. 55) двухъ формъ костнаго туберкулеза—1) осумкованной и 2) разлитой. Онъ ихъ описываетъ слѣд. образомъ. При первой формѣ серія сѣрыхъ, другъ

---

[1]) Kiener et Poulet, De l'oste operiostite tuberculeusechronique ou carie des os. Archive de physiologie 1883. p. 224.

[2]) Charles Nelaton, Le tubercule dans les affections chirurgicales. Thèse de l'agrégation 1883.

около друга лежащихъ, бугорковъ образуетъ болѣе или менѣе обширную массу. Хотя бугорки и лежатъ другъ возлѣ друга, однако они вначалѣ не соприкасаются, будучи раздѣленными петлями и перекладинами костной ткани. Они окружены тонкой костной скорлупой, описанной уже Nelaton' омъ старшимъ. По истонченіи и исчезаніи послѣдней, грануляціи сливаются, затѣмъ размягчаются и подвергаются казеозному метаморфозу. Въ то же время, вслѣдствіе производимаго въ костной ткани раздраженія, вокругъ маленькаго новообразованія происходитъ новообразованіе фиброзной капсулы, съ неровной, внутренней поверхностью, окруженной сосудистой сѣткой, исходящей изъ сѣти сосудовъ перекладинъ и содержащей мутноватобѣлую, иногда желтоватую массу, похожую по консистенціи на замазку стекольщиковъ. Самоисцѣленіе такого новообразованія происходитъ, или путемъ всасыванія,— такъ какъ всасываются фиброзные сгустки послѣ геморрагій, или же послѣ вскрытія наружу и опорожненія содержимаго— путемъ выполненія полости грануляціонной тканью. Если такая каверна велика и костная ея скорлупа тонка, то послѣдняя можетъ переломаться. Такой патологическій переломъ кости является благопріятнымъ явленіемъ, способствуя скорѣйшему выполненію каверны.

Вторая форма — туберкулезная инфильтрація представляется макроскопически въ видѣ сѣраго, полупрозрачнаго опализирующаго пятна различнаго размѣра. Его периферія рѣзко отграничена отъ ткани костныхъ трабекулъ. Впослѣдствіи пятно становится темножелтымъ, въ его толщѣ вовсе невидно сосудовъ и можно констатировать конденсацію, значительную гипертрофію трабекулярной сѣти, имъ занятой. Участокъ, захваченный ею, погибаетъ, костныя трабекулы некротизируются и происходитъ образованіе секвестра, по величинѣ, соотвѣтствующаго объему пораженнаго участка. Затѣмъ, если процессъ ограничивается, то вокругъ этого гнѣзда, какъ вокругъ посторонняго тѣла, начинается возстановительная дѣятельность, въ результатѣ которой является кусокъ инфильтрованной кости, заключенной въ костной полости, стѣнки которой выстланы слоемъ фунгозныхъ разрощеній — настоящей піогенной оболочкой.

Присутствіе секвестра служитъ причиною воспалительной дѣятельности, стремящейся къ его изверженію—отсюда и про-

исходитъ развитіе гнойныхъ очаговъ, клоакъ, фистулезныхъ ходовъ и т. д. Но всѣ эти пути недостаточно широки, для удаленія секвестра, безъ хирургическаго вмѣшательства. Въ другихъ же случаяхъ—когда секвестръ не великъ, онъ остается инкапсулированнымъ. Предполагаютъ, что при такихъ условіяхъ, онъ можетъ при долговременномъ пребываніи уменьшиться въ объемѣ и наконецъ исчезнуть, какимъ путемъ—это въ точности еще не выяснено. Такимъ образомъ происходятъ костныя полости, наполненныя то мутною, то совершенно свѣтлою жидкостью. Кромѣ этихъ двухъ формъ ранѣе извѣстныхъ, Nelaton признаетъ еще третью, когда инфильтрація можетъ развиться въ видѣ диффузнаго процесса, захватывая весь эпифизный конецъ. Конечно въ такомъ случаѣ не можетъ быть никакой надежды на самостоятельное исцѣленіе и припадки, вызванные громаднымъ секвестромъ, требуютъ немедленнаго оперативнаго вмѣшательства, такъ какъ здѣсь сѣрые узелки не подвергаются казеозному метаморфозу, какъ въ предъидущихъ случаяхъ а прямо переходятъ въ нагноеніе. Разбирая пораженіе составовъ, Nelaton различаетъ 3 вида пораженія серозныхъ и синовіяльныхъ оболочекъ (l. c. стр. 80).

Въ первомъ случаѣ, при быстротечномъ пораженіи, синовіяльная оболочка представляетъ лишь интенсивную, конгестивную гиперемію, производящую на ея поверхности прозрачную или мутноватую серозную эксудацію. На поверхности васкуляризованной оболочки происходитъ высыпаніе, иногда обильное развитіе прозрачныхъ опализирующихъ миліярныхъ грануляцій. Форма эта рѣдка и совпадаетъ съ подобными же высыпаніями въ другихъ органахъ. Вторая форма соотвѣтствуетъ холодному нарыву Bonnet. Въ составѣ нѣтъ фунгозныхъ разрощеній, но стѣнки его покрыты слоемъ желтаго казеознаго отложенія, иногда оно прилегаетъ къ стѣнкамъ, иногда лежитъ свободно, смѣшиваясь съ лоскутами мягкихъ тканей—продуктомъ дегенераціи. Эта форма собственно представляетъ ничто иное, какъ настоящую туберкулезную инфильтрацію синовіяльной оболочки. Простымъ глазомъ туберкуловъ не видно, но они образуютъ какъ бы сплошной туберкулезный слой. Конечно составъ разрушенъ. Наконецъ третья форма, самая обыкновенная, при которой туб. фолликулы производятъ развитіе фунгозныхъ массъ, выпячивающихся въ полость составовъ. Въ началѣ они представляютъ лишь про-

стыя пролифераціи тканевыхъ элементовъ, впослѣдствіи же и они заражаются специфическимъ агентамъ. Они могутъ, захватывая мягкія части, служить причиною развитія остео-артрити, исходной точкой котораго явится синовіяльная оболочка, хотя Volkmann, Lannelongue и König думаютъ, что чаще страданіе развивается первично въ кости. Вслѣдствіе сосѣдства полости сочлененія, здѣсь нельзя ожидать самоисцѣленія путемъ выдѣленія казеозныхъ продуктовъ. Но въ извѣстныхъ случаяхъ съ медленнымъ теченіемъ и здѣсь можетъ произойти выздоровленіе путемъ образованія фиброзной ткани на периферіи очага.

Nelaton, резюмируя свой взглядъ на единство золотухи и туберкулеза, говоритъ слѣдующее: (l. c. стр. 133) воспалительныя явленія, которыя долго разсматривались какъ нѣчто зависимое отъ золотухи и совершенно отличное отъ бугорчатки, въ сущности составляютъ лишь первичныя или отличающіяся по виду формы туберкулеза. Нѣтъ никакой возможности установить отличіе въ сущности этихъ двухъ состояній, по видимому различныхъ между собою, но сходство коихъ доказывается какъ одинаковымъ теченіемъ ихъ, такъ и анатомическимъ характеромъ и результатами опытовъ.

И такъ: Nelaton сводитъ къ одному источнику всѣ золотушныя и туберкулезныя страданія, а равно разсматриваетъ туберкулезъ, какъ причину большей части страданія костей и составовъ.

Такого же взгляда держится *Jaffe* [1]). Онъ говоритъ: подъ именемъ костнаго или сочленовнаго туберкулеза мы подразумѣваемъ всѣ тѣ процессы, которые раньше обозначались именемъ скрофулезной или туберкулезной костоѣды, фунгозныхъ воспаленій составовъ, бѣлой опухоли.

Проф. *Ollier* [2]) (l. c. стр. 177 и сл.), придерживаясь въ своемъ раздѣленіи главнымъ образомъ мѣсторасположенія костнаго очага, по отношенію къ частямъ кости и сочлененій, различаетъ въ клиническомъ отношеніи три вида бугорчатки костей:

1) Глубокую, внутри, костную бугорчатку, которая не всегда можетъ быть распознана до распила спонгіозныхъ утолщеній эпифизовъ, или между эпифизарной области.

---

1) Dr. Kal Jaffe, Ueber Knochentuberculose, Deutsche Zeitschrift f. Chirurg. 1883 B. XVIII.

2) Ollier, Des operations conservatrices dans la tuberculose articulaire Beune de chirurg. 1885.

2) Подхрящевую бугорчатку, развивающуюся подъ сочлененными хрящами, она поднимаетъ ихъ, прободаетъ и затѣмъ содержимое очага изливается въ полость состава.

3) Поднадкостничную бугорчатку, которая развивается подъ надкостницей, въ области синовіальной оболочки и распространяется на составъ, предварительно вызвавъ caries superficialis кости. Въ извѣстную минуту двѣ послѣднія формы сливаются съ первичными туберкулезными измѣненіями въ синовіальной оболочкѣ и нѣтъ возможности сказать откуда началось пораженіе. Далѣе, внутрь костные очаги часто бываютъ наслѣдственнымъ и вторичнымъ явленіемъ, не имѣющимъ непосредственнаго продолженія съ поверхностными очагами.

Schreiber[1]), говоря о локализаціи и формахъ туберкулезныхъ пораженій, различаетъ слѣдующія разновидности ихъ.

1) Грануляціонные туберкулезные очаги. Кость пронизана грануляціями, имѣющими видъ мягкой сѣровато-красной, а часто и казеозной крохкой массы, образующей хода и гнѣзда въ костной массѣ. На мацерированныхъ препаратахъ, кость какъ бы изъѣдена червообразными трубчатыми ходами или дефектами, стѣнки которыхъ могутъ быть или склерозированы или изъѣдены.

2) Туберкулезный некрозъ. Въ особенности въ дѣтскомъ возрастѣ, гнѣзда обнаруживаютъ большую наклонность къ омертвѣнію и выдѣленію характерныхъ казеозныхъ секвестровъ, имѣющихъ похожую на инфаркты форму съ основаніемъ, обращеннымъ къ сочлененію, а верхушкой къ діафизу. При микроскопическомъ изслѣдованіи гаверсовы каналы наполнены круглыми клѣтками туберкулезной ткани и распадомъ. Грануляціонный же процессъ представляетъ ясную преграду дальнѣйшему распространенію пораженія. Такіе секвестры годами остаются на мѣстѣ и неимѣютъ прогрессивнаго характера. Клинообразная форма указываетъ на эмболическое происхожденіе.

3) Прогрессивный туберкулезъ, къ счастью встрѣчающійся гораздо рѣже, хотя *Stanley*[2]) приводитъ много примѣровъ, гдѣ казеозная инфильтрація быстро прогрессируетъ.

---

[1]) Schreiber, Die gelenkaffectionen speciell bei tuberculöser Erkrankungen. Münchener Medicinische Wochenschrift. 1886 стр. 260.

[2]) Diseas of bones.

Въ дальнѣйшемъ теченіи процессъ или 1) принимаетъ болѣе сухой грануляціонный видъ, обнаруживающій склонность къ рубцеванію или 2) представляетъ размягченіе, казеозный метаморфозъ или нагноеніе, дающіе неблагопріятный прогнозъ, вслѣдствіе распространенія процесса въ сосѣднюю соединительную ткань. Процессъ, не встрѣчая преградъ, представляемыхъ воспалительной реакціей ткани, ведетъ къ образованію конгестивныхъ, натечныхъ абсцессовъ.

Ziegler [1]) говоритъ, что „начало бугорчатки обусловливается развитіемъ воспалительнаго очага, характеризующагося анатомически большею частью образованіемъ бугорковъ. На мѣстѣ туберкулезнаго грануляціоннаго фокуса кость неизбѣжно подвергается полостному всасыванію, между тѣмъ, какъ туберкулезный очагъ, раньше или позже испытываетъ въ своемъ центрѣ творожистое перерожденіе. Разъ образовавшійся очагъ, увеличивается путемъ краеваго периферическаго роста, а также вслѣдствіе появленія въ его окружности новыхъ туберкулезныхъ гнѣздъ. Какой величины достигаетъ очагъ въ отдѣльныхъ случаяхъ и какая ему предстоитъ судьба—это зависитъ отъ различныхъ условій, для выясненія которыхъ наши наличныя свѣдѣнія оказываются недостаточными. Маленькіе очаги безъ всякаго сомнѣнія могутъ заживать, причемъ некротическія массы разжижаются и всасываются и замѣщаются соединительною, костномозговою или костною тканью; нужно однако замѣтить, что процессъ заживленія невсегда бываетъ полнымъ, если въ томъ или другомъ мѣстѣ рубцевой ткани останутся бациллы, то процессъ по всей вѣроятности можетъ опять вспыхнуть, даже спустя нѣсколько лѣтъ. Если туберкулезные очаги не заживаютъ, то раньше или позже они подвергаются творожистому распаденію—образуются творожистые узлы, окруженные грануляціоннымъ поясомъ и плотною соединительною тканью или довольно значительные инкапсулированные холодные абсцессы, которые съ мѣста своего происхожденія могутъ передвигаться въ сосѣднія ткани и образовать опускающіеся нарывы. Туберкулезный остеоміэллитъ большихъ трубчатыхъ костей, гнѣздящійся съ особенной любовью въ губчатыхъ концевыхъ

---

[1]) *Циглеръ*. Руков. Патологической Анатоміи и патогенеза. Русскій переводъ 1883 г. стр. 1029

отдѣлахъ костей въ высокой степени способенъ вызвать сочувственное страданіе въ сосѣднихъ составахъ, причемъ, къ первоначальному процессу примѣшивается arthrits tuberculosa, происходящій или вслѣдствіе прониканіи per continuitatem очаговъ (заложенныхъ тотчасъ подъ хрящемъ или надкостницей вблизи составной сумки) въ полость состава, но можетъ случиться что и лимфатическими путями въ ткань сустава будутъ занесены туберкулезныя бациллы. Пораженіе состава можетъ существовать въ видѣ небольшаго числа отдѣльныхъ бугорковъ или диффузнаго пораженія состава. Тогда развивается arthritis granulosa s. fungosa, hydrops tuberculosus если есть эксудатъ, и ėmpyema articulare tuberculosum, если къ эксудату примѣшивается гной (l. c. стр. 1034).

Въ тоже время, периартикулярная ткань никогда не остается свободной отъ измѣненій. Мягкія части представляютъ отечную припухлость, соединительная ткань все больше и больше пріобрѣтаетъ салообразный рубцово фиброзный видъ. а кожа дѣлается блѣдной, гладкой блестящей—timor albus, Въ большихъ составахъ конечностей при долгомъ существованіи болѣзни, можетъ изчезнуть не только весь хрящъ, но также часть сумки и сосѣдней костной ткани, слѣдовательно сочленовная головка при этомъ разрушается, и сочленовныя ямки расширяются—что ведетъ къ струдективнымъ вывихамъ, это каріозное состояніе составовъ практическіе врачи часто называютъ arthrocace. Костные и составные очаги часто являются источникомъ туберкулезной инфекціи соотвѣтствующихъ лимфатическихъ железъ. Туберкулезныя же заболѣванія костей туловища могутъ вызвать мѣстный и разлитый туберкулезъ внутреннихъ органовъ. *Rindfleisch* [1]) въ своемъ руководствѣ (стр. 791) патологической гистологіи разсматривая туберкулезные остео-артриты, описываетъ слѣдующія гистологическія стадіи бугорка въ костяхъ (костномъ мозгу). Сначала появляются сѣрые бугорки, величиною съ конопляное зерно, они безкровны и впослѣдствіи представляютъ въ центрѣ опалесценцію, подъ микроскопомъ они представляютъ характеръ миліарнаго туберкула и въ центрѣ ихъ возможно найти бациллы. За этимъ стадіемъ высыспанія слѣдуетъ стадій карі-

---

[1]) *Rindfleisch.* Traitéd'Histologie Pathologique trad. française 1888. sur ia 6-me ed. all.

oзнаго перерожденія и размягченія съ одной стороны, съ другой же стороны, по всей окрестности является воспалительная реакція—представляющая явленія гиперпластической пролифераціи костнаго мозга и развиваясь внутри состава, они образуютъ фунгозныя грануляціи. Процессъ можетъ на этомъ остановиться, такъ какъ есть случаи фунгознаго остеита, не ведущіе къ нагноенію. Если пролиферація костнаго мозга подвигается ближе къ составу, то наконецъ между костью и составнымъ хрящемъ образуется слой грануляціонной ткани, которая разрушаетъ, перфорируетъ хрящи, вызвавъ предварительно ихъ пролиферацію, размягченіе и рарификацію. Въ то же время, синовіальная оболочка представляетъ явленія общей гипереміи, гиперплазіи. Въ концѣ, остатки хрящей заключены въ фунгозной массѣ—такъ что составныя поверхности въ дѣйствительности образованы только грануляціонными массами. Есть случаи, въ которыхъ процессъ на этомъ и останавливается и можетъ наступить излѣченіе, въ особенности, когда очагъ былъ удаленъ путемъ операціи или омѣлотворился. Свѣдѣнія наши объ этомъ процессѣ весьма недостаточны, одно только мы можемъ сказать, что туберкулезъ костей отличается главнымъ образомъ отъ туб. другихъ тканей тѣмъ, что въ немъ можетъ произойти исцѣленіе, безъ выдѣленія туберкулезныхъ бациллъ.

Но въ большинствѣ случаевъ, составъ воспаляется, происходитъ образованіе и скопленіе гноя въ полости его. Наблюдаются даже иногда случаи, въ которыхъ пораженіе начинается гнойнымъ артритомъ, а настоящій характеръ фунгознаго перерожденія обнаруживается лишь въ послѣдствіи. Дальнѣйшее теченіе процесса ведетъ къ образованію свищевыхъ ходовъ и периартикулярныхъ абсцессовъ.

Послѣднее явленіе всегда сопровождается воспалительной инфильтраціей околосоставной соеднительной ткани, превращающейся въ плотную, безболѣзненную, бѣлую массу, значительнаго объема. Черезъ напряженную кожу просвѣчиваетъ бѣлый цвѣтъ ея и образуется то, что называютъ tumor albus. Наконецъ, нагноеніе распространяется на воспаленную кость и производитъ разрушеніе ея—caries, въ тѣсномъ смыслѣ—являющееся въ дѣйствительности настоящей туберкулезной чахоткой костной ткани.

Существуютъ еще кой-какіе шансы на исцѣленіе, въ тѣхъ

случаяхъ, когда составныя поверхности поражаются рано, составная полость быстро выполняется фунгозными массами, и если затѣмъ удается остановить воспаленіе съ помощью отвлекающихъ средствъ и т. д. Въ иныхъ случаяхъ удается получить полную облитерацію состава и грануляціи, развивающіяся со всѣхъ сторонъ, превращаются въ фиброзные и соединительнотканные пучки.

Во всѣхъ случаяхъ фунгозной костоѣды, когда развилось уже нагноеніе и образованіе свищей, въ губчатыхъ тканяхъ, выполняющихъ свищевые ходы и покрывающихъ составныя поверхности, находятся миліярные туберкулы. Они лежатъ не далеко отъ поверхности: на глубинѣ около 1 мм.

Изложивъ вкратцѣ взглядъ хирурговъ и патолого-анатомовъ на интересующія насъ страданія, остановимся теперь на вопросѣ о томъ, какими путями онѣ возникаютъ въ организмѣ? До открытія Коховскихъ бациллъ, объ этомъ высказывались лишь предположительно, на основаніи микроскопическихъ данныхъ; съ открытіемъ-же бациллъ, удалось шагъ за шагомъ прослѣдить тѣ пути, по которымъ пробираются бациллы въ кость и составъ.

Hueter (l. c. стр. 324) придаетъ главное значеніе кровоноснымъ сосудамъ, по которымъ приносятся зародыши расщепляющаго грибка въ сосуды синовіальной оболочки, гдѣ переходя въ синовіяльную жидкость, они размножаются и дѣйствуютъ въ качествѣ возбудителей воспаленія. Кромѣ того, переходъ грибковъ въ полость состава можетъ происходить инымъ путемъ,—путемъ кровоизліянія въ составъ (отсюда вліяніе травмы). Относительно происхожденія костныхъ заболѣваній, онъ придерживается того-же взгляда, но считаетъ (l. c. стр. 130) бѣлые кровяные шарики за носителей заразы, имѣющей свойство возбуждать ткань костнаго мозга къ образованію грануляціи.

König (Бугорч. костей l. c. стр. 7) придерживается того-же взгляда на развитіе бугорчатки—считая его аналогичнымъ образованію инфарктовъ въ паренхиматозныхъ органахъ. „Все заставляетъ думать, говоритъ онъ, что бугорчатка костей развивается путемъ заноса бугорчатыхъ возбудителей въ артеріяльное кровообращеніе, въ особенности бугорчатые некрозы, съ ихъ клиновидной формой, обращенные широкимъ основаніемъ къ составу и вершиной къ діафизу, едва-ли допускаютъ другія

объясненія. Я представляю себѣ, что эти заболѣванія костей, въ особенности упомянутые сейчасъ клинья, обусловливаются тѣмъ, что бациллы бугорчатки заносятся артеріями въ кость и здѣсь задерживаются въ небольшомъ сосудѣ. Некроза кости совсѣмъ не послѣдовало-бы, еслибы отъ маленькаго стерженька не отрывались бугорчатыя бациллы и споры, которыя, попадая въ мельчайшія концевыя вѣтки сосуда, отчасти закладываютъ ихъ, отчасти разбрасываютъ сѣмена бугорчатки. Изслѣдованія *W. Müllera* [1]) также подтвердили взглядъ *König'a*. Онъ старался экспериментально вызвать типическій туберкулезъ у животныхъ, вырыскивая гной изъ холодныхъ абсцессовъ, или мокроту чахоточныхъ больныхъ въ a. nutritia tibiae животныхъ, перевязывая затѣмъ главный стволъ артеріи, выше и ниже упомянутой вѣтви. Результаты не всегда были положительны, но въ иныхъ случаяхъ ему удалось вызвать въ эпифизѣ или діафизѣ tibiae развитіе осумкованныхъ туберкуловъ—такихъ же точно, какіе наблюдаются у человѣка. Выводъ автора тотъ, что если опытъ и патолого-анатомическія данныя съ очевидностью доказали, что миліарный или разсѣянный туберкулезъ распространяется въ кости путемъ артеріальныхъ или венозныхъ сосудовъ, то очень вѣроятно, что туберкулезные очаги въ костяхъ зависятъ въ свою очередь отъ *эмболическаго процесса*.

Вопросъ о проникновеніи заразы въ организмъ оставался въ сторонѣ, но съ открытіемъ сущности туберкулезнаго яда естественно должны были возникнуть попытки выяснить, какимъ же путемъ зараза проникаетъ въ организмъ. Опыты предшествующихъ лѣтъ уже выяснили, что при непосредственныхъ прививкахъ, при вдыханіи измельченныхъ туберкулезныхъ массъ и т. д. наблюдались пораженія костей и составовъ. Оставалось рѣшить—не могутъ ли случайныя раненія кожи, слизистыхъ оболочекъ, а можетъ быть и неповрежденныя слизистыя оболочки служить путями зараженія. Съ этой цѣлью *Verchère* произвелъ опыты, результатомъ которыхъ явилось убѣжденіе [2]), что зараженіе черезъ наружные покровы можетъ происходить двоякимъ путемъ, или при непосред-

---

[1]) *W. Müller.* Experimentelle Erzeugung typische Knochentuberculose. Centralblatt für Chirurg. 1886 № 14 S. 223.

[2]) *Dr. Vérchère.* Des portes d'entrée de la tuberculose. 1884 г.

ственной прививкѣ черезъ разрѣзъ, или уколъ, или же прививкой черезъ болѣзненно измѣненные участки кожи (при болѣзняхъ послѣдней), или черезъ ея естественныя поры (отверстія железъ).

Авторъ изучаетъ также зараженіе путемъ дыхательныхъ, пищеварительныхъ и мочеполовыхъ органовъ. Во второй части работы онъ старается прослѣдить пути распространенія микроба въ организмѣ и разрѣшить вопросъ, какъ происходитъ зараженіе вдали отъ мѣста прививки яда. Результатомъ этой работы явился выводъ, что какъ пищеварительные, такъ и дыхательные и половые органы, а равно и кожа, могутъ служить мѣстомъ проникновенія туберкулезныхъ бациллъ въ организмъ. Общее зараженіе происходитъ дальше путемъ, какъ лимфатическихъ, такъ и кровеносныхъ сосудовъ. Въ своей работѣ онъ между прочимъ приводитъ интересный случай, который наблюдалъ Matieu—зараженія туберкулезомъ черезъ старую гранулирующую язву (стр. 126). Старуха, страдавшая язвами голени, съ сильной гиппертрофіей сосочковъ окружности и инфильтратомъ раны, умерла при явленіяхъ остраго миліарнаго туберкулеза легкихъ и печени. При микроскопическомъ изслѣдованіи доказано было развитіе милліарныхъ туберкуловъ въ подкожной клѣтчаткѣ, кожныхъ железахъ и сосѣднихъ лимфатическихъ сосудахъ.

На возможность распространенія туберкуленыхъ бациллъ по лимфатическимъ путямъ указалъ Berkhammer [1]). При изслѣдованіи 2-хъ случаевъ смерти отъ общаго туберкулеза, онъ нашелъ скопленія бациллъ въ окружности кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. Мѣстами послѣдніе были выполнены бациллами, равно и внутри ихъ были маленькія кучки бациллъ; гораздо рѣже послѣднія лежали внутри бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Этими наблюденіями и объясняется распространеніе болѣзни изъ мѣстнаго очага.

Весьма интересны наблюденія Lesser'а, произведенныя имъ въ этомъ же направленіи [2]). Авторъ приводитъ весьма интересную литературу случаевъ, зараженія туберкулезомъ черезъ

---

[1]) F. *Berkhammer*. Kasuistischer Beitrag zur Verbreitung der Miliartuberculose und Einwanderung der Tuberkelbacillen in die Bluthbahn. Virchov's Arch. B. C. II. 1886 г. стр. 397.

[2]) E. Leser. Klinischer Beitrag zur Lehre von der tuberculosen Infection. Fortschritte der Medecin 1887 ст. 501.

раны и грануляціонныя поверхности, при обрѣзаніи у евреевъ и т. п. и изъ своей практики нѣсколько случаевъ, гдѣ вслѣдствіе зараженія черезъ небольшую ранку на пальцѣ возникъ туберкулезный нарывъ, въ подключичной области, стѣнки котораго были выстланы оболочкой содержащей бугорки. Затѣмъ 1 и 2-ой пальцы на соотвѣтственной рукѣ представляли тоже туберкулезныя пораженія костей и мягкихъ частей.

Выводъ изъ всѣхъ анализированныхъ случаевъ тотъ, что зараженіе лишь рѣдко происходитъ черезъ свѣжія раны, но преимущественно черезъ раны, которыя не лѣчатся надлежащимъ образомъ (случай Tcherning'а) или черезъ хроническія язвы (случай Verchère), поврежденія тканей, при которыхъ безъ сомнѣнія реактивная энергія и репаративный ростъ тканей минимальны, или у людей съ уменьшенной жизненной энергіей тканей, вслѣдствіи предшествовавшихъ болѣзней. Аналогическій случай приводитъ Tcherning [1]) на первомъ конгрессѣ, посвященномъ туберкулезу, въ Парижѣ въ 1888 г. Именно: пораженіе пальца произведено было осколкомъ плевательницы чахоточнаго. Черезъ 2 недѣли развился панариційно безъ нагноенія и въ подкожной ткани ощущались маленькіе узелки, которые при выскабливаніи черезъ мѣсяцъ оказались грануляціоннымъ гнѣздомъ. Затѣмъ появились боли и воспаленіе по ходу сгибательныхъ сухожилій и припуханіе локтевыхъ и крыльцевыхъ железъ. Послѣ вылущенія пальца и припухшихъ железъ и выскабливанія по ходу сухожилій— выздоровленіе. При изслѣдованіи пораженныхъ частей найдена масса бациллъ. Больная была изъ здоровой семьи и раньше золотухой или туберкулезомъ не страдала.

Вполнѣ аналогичные случаи привели Torkmian, проф. Verneuile, Maisonneuve и Charveau, которые лично на себѣ испытали, слѣдствіе зараженій при операціяхъ или вскрытіи туберкулезныхъ, менѣе тяжелыя заболѣванія, туберкулезный характеръ которыхъ. ими былъ провѣренъ путемъ опытовъ.

Ziegler (l. c. стр. 1029) полагаетъ, что въ большинствѣ случаевъ по всей вѣроятности инфекція происходитъ путемъ кровеносныхъ сосудовъ, хотя возможно, что иной разъ бациллы могутъ попадать въ костную систему и черезъ лимфатическіе пути или проникать въ кость изъ сосѣднихъ очаговъ.

---

[1]) E. Tcherning. Inoculation de la tuberculose par le doigt, реф. въ Centrblatt f. Chir. 1885 № 15 стр. 275.

Rindfleisch (l. c. стр. 391) тоже придаетъ первенствующее значеніе въ дѣлѣ распространенія туберкулеза кровеносной системѣ. Микроорганизмы, разъ попавъ въ кровяное русло, отлагаются тамъ, гдѣ существуютъ неблагопріятныя для кровообращенія условія. Подобными мѣстами отложенія ихъ является гематобластическій мозгъ короткихъ эпифизовъ длинныхъ костей.

Весьма доказательны въ дѣлѣ проникновенія заразы въ организмъ опыты Cornet [1]). Онъ производилъ опыты на морскихъ свинкахъ, втирая въ кожу или въ слизистыя оболочки, безъ поврежденія ихъ, бугорковую мокроту. Во всѣхъ опытахъ получились характерныя измѣненія соотвѣтственныхъ лимфатическихъ железъ. Слѣдовательно: туберкулезныя бациллы могутъ проникать въ тѣло, не вызывая никакихъ измѣненій на мѣстѣ и путяхъ поступленія, за то ближайшія лимфатическія железы поражаются бугорчаткой и представляютъ ту же картину, что и при т. наз. золотухѣ. Поэтому Cornet и не сомнѣвается, что золотуха, прежде всего, зависитъ отъ бугорковаго зараженія извнѣ.

А. Д. Павловскій произвелъ въ 1887 году, въ лабораторіи Pasteur'a, рядъ опытовъ съ впрыскиваніемъ чистыхъ культуръ и продуктовъ хирургическаго туберкулеза въ суставы животныхъ. Результаты опытовъ были сообщены имъ на III-мъ Пироговскомъ съѣздѣ въ 1888—89 г. и потомъ напечатаны въ проток. съѣзда (стр. 85 [2]). Главною цѣлью автора было прослѣдить распространеніе мѣстнаго туберкулеза изъ очага инфекціи по организму. Послѣ впрыскиванія въ суставъ, бациллы инфицируютъ прежде всего соеднительнотканныя клѣтки синовіяльной оболочки и лимфатическія щели. Инфекція подымается здѣсь впередъ, отъ клѣтки, къ клѣткѣ—per continuitatem. Наряду съ этимъ, бѣлые кровяные шарики, хватая и поглощая бациллы, частью гибнутъ, частью же уносятъ ихъ за предѣлы мѣста поступленія яда, инфицируя здоровыя ткани.

Спустя нѣсколько дней послѣ впрыскиванія туберкулезныхъ культуръ въ суставъ, уже можно констатировать присутствіе

---

[1]) Cornet, Ueber die Wege der tuberculose Jnfection. Allgem. Wiener. Med. Zeit. 1889, стр. 246.

[2]) *Павловскій.* Къ ученію объ исторіи развитія и способахъ распространенія бугорчатки суставовъ. „Врачъ" 1889 г. № 29—30.

бациллы во первыхъ, по пути всасыванія, лимфатическихъ железахъ, а нѣсколько позднѣе и въ болѣе отдаленныхъ. Фактъ этотъ подтверждается и клиническими наблюденіями надъ хирургическимъ туберкулезомъ у человѣка. Такимъ образомъ, туберкулезъ составовъ, мѣстно развиваясь, распространяется въ организмѣ по лимфатическимъ путямъ и вѣроятно этотъ путь развитія существуетъ и при другихъ формахъ туберкулеза.

Авторъ такъ резюмируетъ свою работу „я указалъ въ лимфатическихъ щеляхъ путь распространенія бугорковаго яда съ мѣста зараженія по организму, а въ лимфатическихъ железахъ— временные изоляторы яда, до его распространенія по всему тѣлу".

Слѣдовательно, выводъ изъ всѣхъ этихъ работъ таковъ: туберкулезныя бациллы могутъ свободно проникать въ организмъ черезъ кожу и слизистыя оболочки, будетъ ли цѣлость ихъ нарушена, или, нѣтъ и затѣмъ распространяется внутри организма, какъ по кровеноснымъ, такъ и лимфатическимъ сосудамъ и по лимфатическимъ щелямъ, вызывая во второмъ случаѣ припухание лимфатическихъ железъ на своемъ пути, являющееся на нѣкоторое время преградою къ дальнѣйшему распространенію бациллъ. Что же касается дальнѣйшей судьбы бациллъ и способа, какимъ образомъ они вызываютъ образованіе миліарныхъ узелковъ а равно и дальнѣйшей судьбы ихъ внутри этихъ послѣднихъ и въ тканяхъ организма, то вопросы эти въ послѣднее время служили предметомъ многочисленныхъ изслѣдованій и выяснены изслѣдованіями *Мечникова* [1]) и друг. *Мечниковъ*, задавшись цѣлью изслѣдовать отношенія клѣтокъ организма къ микробамъ, избралъ для своихъ первоначальныхъ изслѣдованій болѣзнь, въ которой организмъ выходитъ обыкновенно побѣдителемъ, а именно *рожу*. Онъ изслѣдовалъ 7 случаевъ рожи, причемъ наблюдалъ, что рожистый стрептококъ (str. erysipelatosus отожествляемый Мечниковымъ съ str. pyogenes) встрѣчается съ особыми, большими элементами *макрофагами*, съ однимъ ядромъ или нѣсколькими ядрышками. Элементы эти, по наблюденіямъ *Мечникова*, развиваются вслѣдствіе каріомитотическаго процесса клѣтокъ соединительной ткани и могутъ поглощать болѣе мелкіе элементы *микрофаги*, обладающіе амебоидными движеніями — аналогично бѣлымъ кровянымъ шарикамъ. Макрофаги, равно какъ и небольшое

---

[1]) *Мечниковъ.* Ueber den Kamf der Zellen gegen Erisipelkokken. Virchow's. Arch. т. CVII стр. 209—250.

число новыхъ микрофаговъ не въ состоянiи бороться съ вторгающимися микробами и послѣднiе размножаются, до тѣхъ поръ, пока подъ влiянiемъ раздраженiя, вызваннаго микробами не эмигрируетъ изъ сосудовъ довольно значительное количество микрофаговъ, такъ какъ не всѣ бѣлые кровяные шарики обладаютъ ихъ свойствомъ. Тогда можно наблюдать эти фагоцитныя клѣтки, сплошь набитыя микробами; часть фагоцитовъ погибаетъ но въ концѣ концовъ, фагоциты берутъ верхъ и поглощая, или переваривая микробы они освобождаютъ отъ нихъ организмъ. Макрофаги же, хотя и не уничтожаютъ непосредственно рожистыхъ кокковъ, но за то способствуютъ всасыванiю продуктовъ борьбы микрофаговъ—измѣненныхъ тканевыхъ элементовъ. Такъ происходитъ дѣло въ случаяхъ, оканчивающихся выздоровленiемъ. Въ случаяхъ же со смертельнымъ исходомъ, воспалительная реакцiя не достигаетъ требуемой степени напряженiя и микробы одерживаютъ верхъ надъ фагоцитами. *Мечниковъ* полагаетъ, что дѣятельность послѣднихъ не исключаетъ значенiя другихъ моментовъ, напр. высокой температуры, усиливающей дѣятельность фагоцитовъ. Опыты были повторены на крысахъ и дали тѣ же результаты.

Добившись удовлетворительныхъ результатовъ какъ здѣсь, такъ равно и въ своихъ изслѣдованiяхъ надъ судьбой бациллъ сибирской язвы и спириллъ возвратной горячки въ организмѣ, Мечниковъ приступилъ къ изслѣдованiю туберкулеза—болѣзни, въ которой бациллы въ большинствѣ случаевъ берутъ верхъ надъ организмомъ [1]).

На основанiи многочисленныхъ изслѣдованiй, онъ пришелъ къ убѣжденiю, что наблюдаемыя нами туберкулезныя бациллы составляютъ лишь одинъ изъ стадiевъ низшаго организма, который и предлагаетъ назвать sclerotrix Kochii. Организмъ этотъ образуетъ при культурахъ, около 43--44° С., длинныя нити и волокна, причемъ ядовитыя свойства его настолько понижаются, что прививки его не вызываютъ бугорчатки у кроликовъ. Изслѣдованiя свои Мечниковъ производилъ на сусликахъ—животныхъ, мало воспрiимчивыхъ къ туберкулезной инфекцiи. При изслѣдованiи зараженныхъ животныхъ не находятъ настоящихъ бугорковъ, но большое количество

[1]) *Мечниковъ.* Ueber die phagocitäre Rolle der Tuberkelriesenzellen. Virchov's Archiv. T. CXIII. 1888 ст. 73—95.

гигантскихъ и эпителіоидныхъ клѣтокъ въ селезенкѣ, печени и лимфатическихъ железахъ. Казеозный метаморфозъ тоже не наблюдается. Гигантскія клѣтки развиваются изъ эпителіоидныхъ, посредствомъ измѣненія хода каріокинеза и одновременнаго увеличенія количества протоплазмы. Ни разу не наблюдалъ авторъ образованія гигантскихъ клѣтокъ вслѣдствіе сліянія эпителіоидныхъ. Гигантскія клѣтки обладаютъ способностью къ амебоиднымъ движеніямъ и могутъ дѣлиться. Онѣ то и являются настоящими фагоцитами, поглощая туберкулезныя бациллы. Но образованіе гигантскихъ клѣтокъ не вызывается исключительно вліяніемъ послѣднихъ, такъ какъ такія клѣтки встрѣчаются и при отсутствіи туберкулеза.

Разъ попавши въ гигантскую клѣтку, бациллы погибаютъ, тоже самое бываетъ и внутри эпителіоидныхъ клѣтокъ, но гораздо рѣже. Умираніе бациллъ обнаруживается измѣненіемъ способности къ окраскѣ, вида ихъ и образованіемъ на ихъ периферій вакуоль. При этомъ бациллы образуютъ вокругъ себя капсулу, (какъ Friedländer'овскіе диплококки), такъ что погибающія бациллы, или бываютъ окружены свѣтлымъ поясомъ, или представляютъ очень рѣзкіе контуры. Въ послѣдующихъ стадіяхъ бациллы совершенно исчезаютъ и остаются только капсулы, рѣзко контурированныя и окрашивающіяся въ желтый цвѣтъ. Затѣмъ капсулы собираются въ компактныя, щеткообразныя тѣльца, лежащія внутри клѣтокъ.

В с ѣ э т и п р о ц е с с ы н а б л ю д а ю т с я л и ш ь в н у т р и к л ѣ т о к ъ и н и к о г д а в н ѣ и х ъ, они являются послѣдствіемъ пребываній бациллъ внутри клѣтокъ, преимущественно гигантскихъ и доказываютъ, что смерть бациллъ не происходитъ отъ естественной ихъ эволюціи, какъ полагаетъ Koch, но отъ специфическаго разрушенія фагоцитами. Оболочки вокругъ бациллъ являются оболочкой, кирасой или покровомъ для защиты бациллъ, отъ разрушительнаго дѣйствія клѣтки, но и онѣ пронизаются веществами выдѣляемыми послѣдней. Тогда бациллы погибаютъ и оболочки ихъ остаются въ видѣ твердыхъ желтыхъ массъ. Встрѣчаются гигантскія клѣтки, содержащія только мертвыя бациллы, но бываютъ и такія, въ периферіи которыхъ расположено много, повидимому нормальныхъ бациллъ. Это явленіе легко объяснить тѣмъ, что клѣтки не были въ состояніи выдержать борьбу съ бациллами, или что эта борьба по

истеченіи нѣкотораго времени прекратилась вслѣдствіи истощенія клѣтки.

У кроликовъ явленія тѣже, но менѣе рѣзко выражены. Эпителіоидныя клѣтки, окружающія и образующія гигантскую клѣтку, происходятъ изъ лейкоцитовъ, макрофаговъ, но лейкоциты-микрофаги (по крайней мѣрѣ у кроликовъ) могутъ также поглощать бациллы. И такъ главный выводъ этой замѣчательной работы (l. c. ст. 85) тотъ, что элементы бугорка вообще, а гигантской клѣтки въ особенности являются настоящими фагоцитами и играютъ важную роль предохранителей организма отъ туберкулеза. Какъ съ одной стороны, никакъ нельзя отвергать, что фагоциты активно поѣдаютъ вполнѣ живыя и ядовитыя туберкулезныя бациллы, такъ съ другой стороны надобно допустить, что гигантскія клѣтки въ состояніи убивать этихъ паразитовъ и превращать ихъ въ щеткообразныя желтыя массы. Само собою понятно, что такое дѣйствіе не всегда имѣетъ мѣсто, и что туберкулезныя бациллы могутъ устоять противъ разрушительнаго дѣйствія гигантскихъ клѣтокъ.

Изслѣдованіе *Мечникова* встрѣтило возраженіе со стороны *Weigert'a* [1]), который возстаетъ противъ значенія фагоцитовъ при бугорчаткѣ, именно противъ ихъ способности переваривать бациллы, которыя не перевариваются даже самыми сильными пищеварительными жидкостями. Мнѣніе *Мечникова*, что туберкулезныя бациллы сначала погибаютъ внутри гигантскихъ клѣтокъ и потому иначе относятся къ окрашивающимъ жидкостямъ, *Weigert* тоже считаетъ не доказательнымъ, такъ какъ бациллы по отношенію къ краскамъ представляютъ многія неправильности. Бациллы же, лежащія внутри гигантскихъ клѣтокъ, окрашивающіяся даже гематоксилиномъ, *Weigert* считаетъ не распадомъ а напротивъ продуктомъ размноженія палочекъ, попавшихъ въ гигантскія клѣтки.

Въ заключеніе Weigert говоритъ, что всѣ патолого-анатомическіе факты говорятъ противъ значенія фагоцитовъ при туберкулезѣ. Такъ, по мнѣнію Weigert'a, сила сопротивленія организма туберкулезу должна возрастать, пропорціонально содержанію клѣтокъ. Между тѣмъ мы знаемъ, что въ глубокой старости,

---

1) G. Weigert, Ueber Metschnikoff's Theorie der tuberculösen Riesenzellen. Fortschr. d. Med. 1888 VI. 21.

когда жизненная энергія клѣтокъ сильно понижена, туберкулезъ принимаетъ вообще хроническій и болѣе доброкачественный характеръ, въ то время, какъ цвѣтущія формы туберкулеза соотвѣтствуютъ юношескому возрасту. Далѣе, именно, ткани, особенно богатыя лейкоцитами, (лимфатическія железы, фолликулы, костный мозгъ) показываютъ особенное предрасположеніе къ развитію туберкулезнаго процесса.

Д-ръ *Щастный* въ своей прекрасной и весьма обстоятельной работѣ объ отношеніи туберкулезныхъ бациллъ къ клѣткамъ, подтверждая изслѣдованія *Мечникова*, придаетъ значеніе и дѣятельности блуждающихъ клѣтокъ.[1]) Онъ доказываетъ рядомъ изслѣдованій, что блуждающія клѣтки въ кровяныхъ и лимфатическихъ сосудахъ тоже играютъ активную роль въ фагоцитозѣ, поѣдая живыя и ядовитыя туберкулезныя бациллы. При своихъ же дальнѣйшихъ странствованіяхъ, бѣлые шарики разносятъ захваченныя бациллы по тканямъ и такимъ образомъ могутъ способствовать возникновенію новыхъ очаговъ туберкулезной инфильтраціи. Гигантскія же клѣтки своей жизненной дѣятельностью ускориваютъ естественную инволюцію туберкулезныхъ бациллъ и вызываютъ болѣе явственное развитіе инволюціонныхъ, дегенеративныхъ формъ бациллъ (зернистый распадъ, измѣненіе свойствъ и окраски), наблюдаемыхъ также и въ чистыхъ культурахъ ихъ. Кромѣ того онѣ вызываютъ дегенеративныя и отживающія (умирающія) формы бациллъ, которыя не наблюдаются въ культурахъ и обратно: въ культурахъ развиваются такія инволюціонныя формы, какихъ мы ненаходимъ въ клѣткахъ. И такъ гигантскія клѣтки являются очень дѣятельными фагоцитами.

Изслѣдованія д-ра *Щастнаго*, подтверждены и *Leehr*'омъ [2]). Онъ впрыскивалъ черезъ трахею въ легкія, разведенныя водою, чистыя культуры staph. pyog. aur. и уже черезъ 8 часовъ находилъ въ нижнихъ доляхъ легкихъ сѣроватые уплотненые, велич. съ горошину, узелки, которые впослѣдствіе дѣлались желтоватыми, потомъ прозрачными и исчезали, оставляя рубцы. При микроскопическомъ изслѣдованіи ихъ, кокки нахо-

---

[1]) Щастный, Beziehungen der Tuberkelbacillen zu den Zellen. Virchov's Archiv B. CXV стр. 108—128. 1889 г.

[2]) *Leehr*. Ueber den Untergang der staphylococus pyogen. aureus, цит. по Centralb. f. Bakter. стр. 467, 1889.

дились, какъ внутри эпителіоидныхъ клѣтокъ, такъ и лейкоцитовъ, въ первыхъ ихъ была огромная масса, во вторыхъ мало. Конечно, часть микробовъ удаляется черезъ бронхи. Но можно наблюдать постепенно уменьшеніе кокковъ въ эпителіоидныхъ клѣткахъ, вымираніе ихъ, именно съ 4-го дня форма кокковъ становится все неправильнѣе и прививки содержимаго очага остаются безуспѣшными, хотя еще подъ микроскопомъ кокки видны и ни разу не наблюдались заболѣванія другихъ органовъ.

Для насъ весьма интересны и важны въ терапевтическомъ отношеніи опыты Hess'а [1]) о вліяніи теплоты на развитіе и дальнѣйшую судьбу бациллъ, выясняющіе пользу мѣстнаго примѣненія теплоты. Прививая въ роговицу кроликамъ и кошкамъ staphylococcus pyog. aureus, онъ по истеченіи 36 часовъ находилъ массу лейкоцитовъ, наполненныхъ кокками. До 6-го дня, число свободныхъ кокковъ уменьшалось, внутри клѣточные же кокки сначала увеличивались въ числѣ, а потомъ исчезали совершенно, а иногда на 6-й день ихъ совсѣмъ нельзя было найти. Прививая на оба глаза и примѣняя теплыя припарки послѣ 36 часовъ, *Hess* наблюдалъ увеличеніе числа кокковъ, если же припарки примѣнялись черезъ 3 дня, то почти всѣ кокки находились въ клѣткахъ. Отсюда выводъ, что теплота вначалѣ способствуетъ развитію микробовъ, но за то увеличиваетъ дѣятельность лейкоцитовъ до такой степени, что микробы гораздо скорѣе воспринимаются и уничтожаются ими.

Ученіе о стремленіи организма избавиться отъ заразы путемъ ея выдѣленія, а не разрушенія, высказано Rindfleisch'емъ (l. c. стр. 797 и рис. 331). Описывая измѣненія въ структурѣ и судьбѣ миліарнаго туберкула, онъ указываетъ на то, что вокругъ гигантской клѣтки содержащей бациллы, образуется поясъ секвестрацій, какъ вокругъ каждаго посторонняго тѣла и затѣмъ, при образованіи небольшихъ скопленіи гноя вокругъ гигантскихъ клѣтокъ, послѣднія отторгаются и на мѣстѣ ихъ остается небольшое углубленіе, открывающееся на поверхности грануляцій, отдѣляющихъ гной. Мнѣніе Rindfleisch'а можно резюмировать такъ, что фунгозныя грануляціи извергаютъ миліарные туберкулы.

---

1) Hess, Weitere Untersuchungen zur Phagocytenlehre цит. по Centralblatt für med. Wissenschaften 1888 г. стр. 184.

Но, принимая эту теорію, мы можемъ объяснить только исцѣленіе случаевъ фунгозныхъ пораженій, перешедшихъ въ нагноеніе; съ другой стороны изъ ежедневныхъ клиническихъ наблюденій, мы знаемъ, что именно эти то случаи и даютъ прогнозъ худшій, въ сравненіи съ тѣми, въ которыхъ не произошло развитія нагноенія. Такъ, напр., громадное большинство случаевъ, такъ наз. caries sicca составовъ, дающихъ благопріятный прогнозъ, излѣчивается безъ нагноенія. А теорія Rindfleisch'а не даетъ намъ объясненія именно этихъ то случаевъ, благопріятное теченіе которыхъ и объяснитъ намъ вполнѣ теорія Мечникова и его послѣдователей.

Что-же касается того, какимъ образомъ развивается осложненіе нагноеніемъ при пораженіи составовъ и костей, то уже a priori слѣдуетъ предположить, что здѣсь вліяетъ присутствіе характерныхъ микробовъ нагноенія, которое неоднократно удавалось констатировать въ гноѣ совершенно замкнутыхъ натечныхъ абсцессовъ и составовъ. Въ этомъ отношеніи я укажу на изслѣдованія Babes'а и Павловскаго.

Babes[1]) наблюдалъ, что при мѣстномъ туберкулезѣ костей и составовъ язвенныя осложненія обусловливались присутствіемъ гнойнаго стрептококка, который въ такихъ случаяхъ обыкновенно встрѣчается въ другихъ органахъ.

Изъ результатовъ своихъ изслѣдованій *Babes* приходитъ къ заключенію, что туберкулезъ, по крайней мѣрѣ у дѣтей, рѣдко самъ по себѣ, безъ осложненія ведетъ къ смертельному исходу. Обыкновенно же туберкулезныя пораженія служатъ воротами, черезъ которыя другія бациллы проникаютъ въ организмъ и можно предположить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ сапрофитныя бациллы, проникнувъ въ туберкулезный очагъ, благопріятствуютъ размноженію туберкулезныхъ и вслѣдствіе пребыванія въ этомъ очагѣ онѣ пріобрѣтаютъ особыя свойства, а туберкулезный очагъ, подъ вліяніемъ осложненій, стремится къ распаду.

Къ такимъ же результатамъ какъ Babes пришелъ и *Павловскій* [2]). Изслѣдуя въ 6 тяжелыхъ случаяхъ бугорчатки со-

[1]) *Babes*. Les associations bactériennes du bacille de la tuberculose. Congrès de la tuberculose. 1888.

[2]) *Павловскій*. Къ ученью объ этіологіи смѣшанныхъ формъ бугорчатки составовъ. „Врачъ" 1889. стр. 407.

ставовъ со свищами гной, или удаленныя части, онъ нашелъ кромѣ туберкулезныхъ бациллъ еще Staphylococcus albus et citrinus, strep. pyogenes и палочку синяго гноя. Отсюда онъ заключаетъ, что несомнѣнно—встрѣчаются смѣшанныя бугорково-гнойныя воспаленія составовъ, протекающія гораздо тяжелѣе чисто бугорковыхъ, первыя должны быть отличаемы отъ случаевъ чистой бугорчатки.

Локализанія. Бугорковыя бациллы, попавъ въ организмъ и не будучи разрушены клѣточными элементами его, разносятся токомъ крови и лимфы и попадая въ любыя ткани, могутъ вызвать образованіе гигантскихъ клѣтокъ, сѣрыхъ миліарныхъ узелковъ а затѣмъ и цѣлыхъ туберкулезныхъ гнѣздъ и очаговъ. Но все-таки существуютъ особыя, такъ сказать, излюбленныя мѣста, въ которыхъ бациллы эти встрѣчаютъ вѣроятно болѣе благопріятныя условія для своего развитія и размноженія. Условія эти намъ мало извѣстны, хотя большинство авторовъ и указываетъ на медленное и недостаточное кровообращеніе, и врожденную узкость сосудовъ, недостатковъ кислорода крови и т. д. Что касается развитія туберкулезныхъ пораженій скелета, то *Charpy* [1]) обратилъ вниманіе на то, какой организмъ болѣе предрасположенъ къ нимъ. Онъ говоритъ, что туберкулезъ не уживается ни въ организмахъ слишкомъ богатыхъ кровью, ни слишкомъ бѣдныхъ, онъ избѣгаетъ этихъ крайностей, развиваясь успѣшно на посредственной почвѣ (скорѣе болѣе слабой) органовъ съ замедленнымъ кровообращеніемъ и ослабленной дѣятельностью. Такъ: въ такъ называемыхъ красныхъ костяхъ, субъективъ здоровыхъ, крѣпкаго сложенія—костяхъ толстыхъ съ большими каналами для кровеносныхъ сосудовъ, съ неровной поверхностью, съ рѣзко выраженными апофизами и всѣми углубленіями, туберкулезъ развивается очень рѣдко. Здѣсь кровообращеніе слишкомъ энергично, проходитъ слишкомъ много крови и кислорода (кислороду *Charpy* приписываетъ главную роль въ дѣлѣ уничтоженій туберкулезной заразы), чтобы могъ развиться туберкулезъ. Наоборотъ, въ костяхъ такъ называемыхъ бѣлыхъ, или чахоточныхъ, т. е. костяхъ небольшаго объема, съ тонкими питательными сосудами, какъ въ эпифизѣ, такъ точно и съ тонкими

---

[1]) M. Charpy. Des varietés chirurgicales du tissu osseux. Revue de Chirg. 1884 стр. 690.

періостальными артеріями, въ діафизѣ; у субъектовъ съ малымъ лѣвымъ сердцемъ, почва вполнѣ благопріятна для развитія костнаго туберкулеза. Здѣсь, такъ сказать, туберкулезныя микробы чувствуютъ себя дома, въ своей родной почвѣ, которую имъ подготовили или предшествовавшія поколѣнія родителей, или циркуляторная атрофія больнаго. Почва эта скудна, плохо питается, съ небольшимъ количествомъ сосудовъ, по которымъ циркулируетъ кровь, неудовлетворяющая условіямъ питанія. И слѣдовательно, здѣсь существуютъ всѣ благопріятныя условія для задержки и дальнѣйшаго развитія туберкулезныхъ бациллъ.

Переходя теперь къ пораженію отдѣльныхъ частей скелета и сочлененій, мы можемъ сослаться на прекрасныя изслѣдованія *Billroth*'а и *Menzel*'я [1]), *Perco* [2]), *Schmalfuss*'*a*, *Jaffe*, *Münch*'*a*. Первые трое пересмотрѣли протоколы вскрытій вѣнской Allgemeine Krankenhaus, съ 1877 по 1870 г., всего 52,256 протоколовъ. Изъ нихъ оказалось 2106 (40%) (1295 мужчинъ и 811 женщинъ, т. е. какъ 3%:1,8) хроническихъ костныхъ процессовъ, въ томъ числѣ caries 1996 (3,7%) случаевъ и necrosis 110 (0,2%). И такъ caries встрѣчается гораздо чаще, въ 18 разъ, чѣмъ necrosis. Случаи caries располагаются такъ:

Черепъ, лицо	205	Голова и туловище	1091
Позвоночникъ	702		
Грудная клѣтка	184		
Лопатка	4	верхняя конечность	185
Плечевой составъ	28		
Diaf. плеч. кости	13		
Локоть	93		
Radiuset ulna	6		
Кисть, кости и составы	41		
Тазовыя кости	80	нижняя конечность	720
Тазобедрен. сост.	189		
Diaf. бедра	31		
Колѣно	238		
Diaf. tibiae et fibulae	132		
Стопа кости и сочлен.	150		

А ВСЕГО 1996

Изъ протоколовъ выяснено, что значительная часть случаевъ некроза обусловливается тяжелымъ хроническимъ сифилисомъ, фосфорнымъ отравленіемъ и лишь некрозъ реберъ и тазовыхъ костей сопровождался язвенными процессами въ другихъ костяхъ. Затѣмъ авторы приводятъ весьма подробную статистическую таблицу осложненій, resp. пораженій внутреннихъ органовъ, найденныхъ при вскрытіяхъ, такъ какъ цѣль

---

[1]) Ueber die Häufigkeit der caries in den verschidenen Knochen von dr. A. Menzel und dr. H. Perco. Bearbeitet von Prof. dr. Billroth und dr. A. Menzel. Langenbeck's Archiv 1870. B. XII, ст. 341—371.

работы заключалось между прочимъ и въ томъ, чтобы показать, въ какой связи находятся хроническіе легочные процессы и амилоидныя пораженія внутреннихъ органовъ, съ хроническими костными пораженіями. Кромѣ того они приводятъ графическую кривую, указывающую на частоту пораженія отдѣльныхъ позвонковъ. Dr. *Jaffé* [1]), изслѣдовавъ 317 случаевъ (мущинъ 56,5% женщинъ 43,5% т. е. въ отношеніи 3-хъ 2,3), наблюдавшихся въ Гамбургской клиникѣ M. *Schede* въ теченіи 2-хъ лѣтъ, представилъ весьма подробныя цифровыя данныя о частотѣ пораженія и исходовъ туберк. страданій скелета, къ которымъ мы еще возвратимся, а также привелъ графическія кривыя пораженія отдѣльныхъ частей скелета, позвонковъ и пораженія костей, въ теченіи первыхъ 10 лѣтъ жизни. Послѣднія данныя въ виду ихъ интереса я привожу ниже. Всего было 136 случаевъ, изъ нихъ:

въ 1-мъ	году	24	отъ 11—20	л.	51 сл.
„ 2	„	26	„ 20—30	„	46 „
„ 3	„	22	„ 30—40	„	36 „
„ 4	„	27	„ 40—50	„	24 „
„ 5	„	12	„ 50—60	„	13 „
„ 6	„	7	„ 60—70	„	8 „
„ 7	„	14	„ 70—80	„	3 „
„ 8	„	13			141
„ 9	„	2			
„ 10	„	18			
„ 11	„	25			
		136			

Въ томъ числѣ
спондолитовъ 51 (62%)

Всего. . . . . 317 случаевъ.

Затѣмъ *Schmalfuss* [2]) выбралъ изъ хирургической клиники проф. *Maas'a* въ Вюрцбургѣ больныхъ мущинъ за 1873—78 и 1881—85 гг. inclus. а женщинъ 1877—77 и 1887—85 inclus. (вслѣдствіе потери книгъ за недостающіе годы). Изъ общаго числа 8873 больныхъ, поступившихъ въ хирургическую клинику за эти годы, туберкулезные составляли 14,5%. Изъ 1287

[1]) Jaffé. Ueber Knochentuberculose. Deutsche Zeitschrift f. Chirurg. 1883 B. XVIII стр. 432—439.

[2]) Dr. C. *Schmalfuss*, Beitrage zur Statistik der Chirurgischen Tuberculose. Langenbeck's Archiv. 1887 B. XXXV стр. 167.

страдавшихъ хирургическимъ туберкулезомъ были 748 м. и 539 ж. Изъ нихъ страдали туберкулезомъ костей 978 человѣкъ (563 м. и 425 ж.). По отношенію къ дѣтскому возрасту изъ этого числа (1287 больныхъ) моложе 16 лѣтъ было 491 (38%) мальчиковъ 277 (37%) и дѣвочекъ 241 (49,6%), изъ нихъ страдали туберкулезомъ костей 397 (40,5%) (мальчиковъ 230 (41,%) дѣвочекъ 167 (40,%).

Но изъ этихъ данныхъ нельзя еще вывести заключеніе о томъ, что взрослые поражаются чаще дѣтей туберкулезомъ, такъ какъ для точнаго вывода нужно знать общее число тѣхъ и другихъ, поступившихъ въ клинику за это время и тогда вычислить процентъ; сдѣлавши такъ, Schmalfuss получилъ слѣдующія данныя:

Изъ 1162 дѣтей	туберк.	б.	491	(42,6%)	изъ	нихъ	костн.	туб. 397	(34%).
„ 7721 взросл.	„	„	796	(10 „)	„	„	›	„ 581	(7,5 „).
Итого 8873 больныхъ	„	„	1287	(14,5 „)	„	„	„	„ 978	(41,5 „).

Др. *A. Münch* [1]) собралъ данныя о пораженіи костей скелета и сочлененій изъ Базельской клиники за 1862—1876 года. Всего поступило за это время 8030 больныхъ, изъ нихъ болѣло костоѣдою 265 (3,3%), фунгознымъ синовитомъ 156 (1,9%), всего же 421 (5,2%). Что же касается пораженія отдѣльныхъ частей скелета, то:

кости головы были пораж.	22 р.	фунгозное пораженіе сочлененій верхн. конечн.	40—25,6%
„ туловища „ „	89 „	нижней „	116—74,3 „
„ верхн. конечн. „	59 „	въ томъ числѣ тазоб.	41 случ.
„ нижней „ „	39 „	колѣно	50 „
„ множествен. caries	6 „	стопа	25 „

Сопоставивъ данныя упомянутыхъ авторовъ, о частотѣ пораженія отдѣльныхъ костей и составовъ скелета въ одну общую таблицу, увидимъ, что всѣ онѣ близко сходятся другъ съ другомъ, представляя лишь незначительныя уклоненія. Разница же зависитъ отъ неодинаковости матеріала, съ которымъ наблюдатели имѣли дѣло. Такъ у B*illroth'a* не было дѣтей, а у другихъ наблюдателей они были.

Статистика частоты пораженія отдѣльныхъ костей.

---

[1]) Alfred Münch, Ueber cariose Erkrankungen des Fusskeletes. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. B XII ст. 350—388—1879 г.

№	Billroth-Menzel.	J a f f è.	%	Schmalfuss.	Число случаевъ.	общаго туберкулеза %.	Туберкулезъ костей %.	M ü n c h.	%
1	Позвоночникъ	позвоночникъ	26	колѣно	227	18	23	туловище	33,6
2	Колѣно	кости стопы	21	кости стопы	187	14,5	19	нижняя конечность	33,6
3	Лицо и черепъ	тазо-бедр. сост.	13	тазо-бедр. сост.	160	12	16	верхняя конечность	22,3
4	Тазо-бедр. сост.	колѣно	10	локоть	86	7	9	—	—
5	Sternum ребра	кости руки	9	кости руки	76	6	8	голова	8,3
6	Кости стопы	локоть	4	позвоночникъ	74	5,7	7,5	множествен. туберк.	2,2
7	Локоть	тазъ	3	tibia	44	3	4	tumor albus.	—
8	Тазъ	черепъ и лицо	3	черепъ и лицо	40	3	4	нижняя конечность	74,3
9	Кости кисти	sternum ребр. и ключ.	3	тазъ	35	2,7	3,6	верхняя конечность	25,7
10	Голень	плечев. сост.	2	sternum и ребра	35	2,7	3,6		
11	Femur	femur	1	femur	19	1,6	1,9		
12	Плечев. сост.	tibia	1	плечев. сост.	15	1	1,5		
13	Humerus	fibula	1	ulna	14	1	1,4		
14	Ulna	humerus	1	humerus	12	1	1		
15	Radius	scapula	0,6	radius	7	0,5	0,7		
16	Scapula	ulna	0,6	fibula	5	0,4	0,5		
17				patella	1	0,08	0,1		
	(дѣтей не было) всѣхъ случаевъ 1996		317		1287				265

Вотъ выводы изъ этихъ таблицъ: мужчины поражаются гораздо чаще чѣмъ женщины, въ отношеніи3 къ 1,8 (Billroth—Menzel) или 3 къ 2,3 (Jaffé или вѣрнѣе 13 къ 8). Эта разница зависитъ по мнѣнію послѣдняго отъ того, что мужчины съ легкими туберк. заболѣваніями, поступаютъ въ больницы рѣже, чѣмъ женщины. Что же касается дѣтей, то здѣсь полъ необнаруживаетъ никакого вліянія.

Что же касается раздѣленія по возрастамъ, то повидимому частота заболѣванія обратно пропорціональна возрасту. Но такъ ли это въ самомъ дѣлѣ—рѣшать мы не имѣемъ права, такъ какъ имѣемъ лишь голыя цифры поступленія, а не процентныя отношенія, вычисленныя по отношенію всего числа лицъ того же возраста, живущихъ въ данной мѣстности. Но во всякомъ случаѣ нѣтъ сомнѣнія, что въ среднемъ и въ старшемъ возрастѣ эти заболѣванія встрѣчаются чаще. Здѣсь однимъ изъ предрасполагающихъ моментовъ являются травматическія поврежденія, служащія такъ сказать толчкомъ къ развитію процесса, въ расположенномъ къ нему, вслѣдствіе ли наслѣдственности или пріобрѣтеннаго—латентнаго зараженія, организмѣ. На вліяніе травмы какъ одного изъ этіологическихъ моментовъ указывала большая часть какъ больныхъ такъ и врачей, а именно: опыты Schüllera (l. c. стр. 36—43) а также и Konig'a [1]) и нѣтъ сомнѣнія, что они играютъ громадную роль. Поэтому понятно, что у мужчинъ, болѣе подверженныхъ всякимъ травматическимъ вліяніямъ, чаще будутъ наблюдаться пораженія чѣмъ у женщинъ, менѣе имъ подвергающимся. И дѣйствительно, изъ приведенныхъ выше цифръ мы видимъ эту разницу.

Причина эта даетъ намъ отчасти и объясненіе неодинаковой частоты пораженія отдѣльныхъ сочлененій: чѣмъ чаще сочлененіе подвергается травмѣ, или инымъ неблагопріятнымъ условіямъ, тѣмъ болѣе вѣроятія, что оно поразится туберкулезнымъ процессомъ, (конечно у субъекта, предрасположеннаго къ тому вслѣдствіе ли наслѣдственности или туберкулезнаго страданія другихъ органовъ). Такъ: мы видимъ, что позвоночникъ и нижняя конечность явились у всѣхъ 4 авторовъ на первомъ планѣ, а изъ составовъ чаще всего поражаются тазобедренный и колѣнный. Затѣмъ идутъ составы кисти,

---

[1]) Die Tuberculose der Gelenke D. Z. f. Ch. B. XI, стр. 566.

локтя и въ концѣ лишь плечевой составъ и кости верхней конечности.

Что же касается дѣтскаго возраста, то въ немъ преобладаютъ пораженія позвоночника и тазобедреннаго состава, за ними идутъ: бедро, стопа, кисть, черепъ и лицо, остальныя же кости и сочлененія поражаются почти одинаково часто (Jaffé l. c. стр. 437—438). Jaffé даетъ рядъ слѣд. цифръ до девятилѣтняго возраста. Голова и позвоночникъ 58%, нижняя конечность 38,1%; верхняя 29,8%.

Volkmann, на 14 конгрессѣ Герман. Хир. [1]) тоже говоритъ, что происхожденіе большей части туберк. пораженій костей и составовъ можетъ быть съ увѣренностью сведено на травматическую причину. Здѣсь дѣло не въ сильныхъ поврежденіяхъ а напротивъ въ легкой травмѣ—контузіи-дисторзіи, которыя у субъектовъ, не расположенныхъ къ туберкулезу, не ведутъ ни къ какимъ послѣдствіямъ. Слѣдуетъ допустить, что при сильной травмѣ (подкожномъ переломѣ, большихъ ранахъ) репаративная энергія роста тканей такъ сильна, что не даетъ возможности развитія туберкул. бациллъ—гипотеза, за достовѣрность которой говорятъ многочисленныя аналогіи въ жизни низшихъ организмовъ. Легкія же травмы, ведущія вѣроятно за собой кровяные эксудаты въ губчатое вещество кости, или эксудаты въ синовіяльныя оболочки, связанныя съ извѣстными разстройствами питанія въ пораженныхъ тканяхъ, представляютъ, какъ кажется, благопріятную почву для развитія туберкулезныхъ бациллъ.

Наслѣдственность. Давно уже установленъ фактъ, что дѣти чахоточныхъ родителей „золотушны“ и впослѣдствіи у нихъ развиваются различнаго рода туберкулезныя пораженія. *J. Dollinger* [2]) утверждаетъ, что бугорчатка костей въ большинствѣ случаевъ наблюдается не у дѣтей, а у внуковъ, людей, страдавшихъ бугорчаткой легкихъ. Другими словами, кости должны находиться подъ вліяніемъ бугорковаго яда въ теченіи нѣсколькихъ поколѣній, чтобы въ извѣстной степени ослабѣть и такимъ образомъ сдѣлаться природной средой для развитія Koch'овскихъ палочекъ. Такой выводъ авторъ основы-

---

[1]) Central. f. Chirurgie 1885 №24 § 44.

[2]) *J. Dollinger*. Ist die Knochentuberculose angeerbt. Тамъ же 1888, стр. 896.

ваетъ на тщательномъ опросѣ 250 больныхъ бѣднаго класса, страдавшихъ бугорчаткой костей и составовъ. Изъ этихъ 250 больныхъ, у 153 бугорчатки не было, ни у родителей, ни у дѣдовъ и бабокъ; необходимо оговорить однако, что въ большинствѣ этихъ 153 случаевъ причина смерти родителей, дѣдовъ и бабокъ не могла быть выяснена. У 97 больныхъ или родители, или дѣды, или бабки болѣли или умерли отъ бугорчатки, а именно у 37 бугорчатка была у родителей, 21 у матерей и 15 у отцовъ и въ одномъ случаѣ у обоихъ родителей, а у 60 бугорчатка была у дѣдовъ или у бабокъ приблизительно одинаково часто и у тѣхъ и у другихъ.

Путь, по которому происходитъ наслѣдственная передача, долгое время былъ неизвѣстенъ. Но съ тѣхъ поръ, какъ былъ доказанъ переходъ микроорганизмовъ отъ матери въ плодъ черезъ ткани дѣтскаго мѣста (Кубасовымъ и другими), путь этотъ былъ выясненъ и оставалось прослѣдить способъ перехода бациллъ изъ организма отца. Съ этой цѣлью *Landousy* и *Martin* [1]) брали сперму или ткань яичекъ туберкулезныхъ кроликовъ и прививая ее другимъ кроликамъ, вызывали у нихъ явленія общаго туберкулеза (изъ 17 прививокъ получили 6 разъ положит. результаты), хотя впрочемъ они и не изслѣдовали саму сперму на присутствіе бациллъ.

Lannelongue [2]) цитируетъ наблюденія Johne, нашедшаго (въ 1885 г.) туберкулы съ бациллами и гигантскими клѣтками въ легкихъ и печени 8 мѣсячн. зародыша чахоточной коровы.

И такъ передача бугорчатки по наслѣдству отъ отца и матери стоитъ теперь внѣ всякаго сомнѣнія. Но кромѣ наслѣдственной передачи, несомнѣнно играетъ, можетъ быть даже болѣе важную роль, непосредственное зараженіе бугорчаткой. Нельзя не согласиться съ мнѣніемъ *Д-ра Флейшера* [3]), что дѣти чахоточныхъ часто поражаются хроническими воспалительными процессами бугорковаго характера не потому, что они получили по наслѣдству бугорчатку, а потому, что живутъ съ чахоточными родителями и постоянно подвергаются заразѣ, которая

---

[1]) *Landousy et Martin.* De l'heredo-tuberculose въ Etudes sur la tuberculose Verneuil'a стр. 59 и слѣд.

[2]) Tuberculose externe congsénitale et précoce. тамъ же, стр. 90 и слѣд.

[3]) *Флейшеръ.* О первичной бугорчаткѣ, какъ причинѣ хирургическихъ болѣзней. Врачъ 1881. № 48 и 58.

при благопріятныхъ условіяхъ и развивается въ ихъ организмѣ. Съ третьей стороны, возможно зараженіе и другими путями, напр.: молокомъ чахоточныхъ матерей, кормилицъ и коровъ, въ которомъ уже давно найдены Koch'овскія бациллы, зараженіе при circumciso у евреевъ и т. п. Экспериментальное же зараженіе оспой, полученной отъ чахоточныхъ коровъ, дало отрицательные результаты. (*Toussaint* и *Nierce*).

II.

Разсмотрѣвъ, такимъ образомъ сущность туберкулезнаго процесса въ костяхъ и сочлененіяхъ, пути инфекціи организма и предрасполагающія къ ней условія, обратимся къ обозрѣнію способовъ борьбы съ этими страданіями. Врядъ ли существуетъ какой либо отдѣлъ хирургическихъ болѣзней, при которомъ была бы предложена такая масса различныхъ средствъ, способовъ и методовъ лѣченія, какъ при туберкулезныхъ страданіяхъ костей, а въ особенности составовъ. Но вѣдь намъ хорошо извѣстно, что чѣмъ больше предлагается средствъ противъ данной болѣзни, тѣмъ меньше достоинство ихъ и тѣмъ меньше они приносятъ пользы, такъ какъ «отъ добра—добра не ищутъ», а имѣй мы вѣрное средство для лѣченія даннаго страданія, то мы бы не искали повсюду другихъ, лучшихъ. Поэтому вполнѣ правъ былъ *Richet* (l. c. p. 218) говоря слѣдующее «принимаясь за исторію лѣченія бѣлыхъ опухолей приходишь въ ужасъ, отъ невѣроятнаго количества работъ, опубликованныхъ по этому вопросу. Но это кажущееся богатство, въ сущности, въ глубинѣ своей, скрываетъ настоящую бѣдность, въ особенности относительно того, что касается терапіи сочленовнаго остеита». И въ настоящее время мы не вполнѣ свободны, отъ такого упрека, хотя и имѣемъ право сказать, что успѣхи сдѣланные въ послѣднее время въ этой области громадны и блестящи.

Мы можемъ съ гордостью указать на тѣ случаи, когда взамѣнъ обезображеннаго и разрушеннаго туберкулезнымъ процессомъ состава, мы даемъ больному подвижной, стойкій и вполнѣ годный неартрозъ и избавляемъ его отъ вѣчно грозящей ему опасности общей инфекціи. Но къ сожалѣнію, мы должны сейчасъ же оговорить, что такіе результаты достижимы далеко не во всѣхъ слу-

чаяхъ. Часто уже анкилозъ въ удобномъ положеніи составляетъ желанный результатъ, а мало ли больныхъ приходится ампутировать и многіе ли изъ ампутированныхъ выживаютъ продолжительное время послѣ операціи? До сихъ поръ существуетъ масса самыхъ разнородныхъ мнѣній о томъ, что должно предпринять, мнѣнія еще вполнѣ не установились и я вполнѣ могу согласится съ проф. *Подрезомъ* [1]) который говоритъ, что «въ настоящее время не существуетъ опредѣленнаго плана въ лѣченіи туберкулезныхъ пораженій составовъ; каждый дѣйствуетъ по собственному вкусу и симпатіямъ, къ тому или другому направленію, одинъ дѣйствуетъ въ духѣ консервативно-выжидательномъ, до полнаго разрушенія состава, другіе оперируютъ только при состоявшемся нагноеніи въ составѣ, третьи хирурги оперируютъ направо и налѣво, не отдавая себѣ строгаго отчета, какой родъ случаевъ подлежитъ оперативному лѣченію и какая форма операціи соотвѣтствуетъ даннымъ измѣненіямъ въ составѣ».

Задавшись цѣлью сравнить результаты консервативнаго и оперативнаго метода лѣченія бугорчатки костей и составовъ, мы прежде всего должны условиться относительно того, что мы будемъ подразумѣвать подъ этими названіями. Повидимому не можетъ быть и рѣчи о смѣшеніи этихъ двухъ понятій, а между тѣмъ существуетъ цѣлый рядъ методовъ лѣченія которые мы затрудняемся отнести съ твердой увѣренностью къ тому, или другому отдѣлу. Возмемъ примѣръ, что бы выяснить мысль нашу. Положимъ, что мы распознали существованіе въ мыщелкахъ голени туберкулезныхъ гнѣздъ и констатировали, что все голенностопное сочлененіе окружено фунгозными массами, которыя еще не успѣли разрушить связочнаго аппарата. Для лѣченія производимъ игнипунктуры туберкулезныхъ костныхъ очаговъ и затѣмъ наблюдаемъ обратное развитіе процесса, разсасываніе грануляцій, возстановленіе подвижности состава и т. д. Спрашивается, какъ назвать наше вмѣшательство? — оно было оперативнымъ, такъ какъ мы огнемъ разрушали болѣзненные костные очаги, съ другой стороны оно было консервативнымъ, такъ какъ мы не удалили ничего изъ пораженныхъ частей. Другой примѣръ—при hydrops tuberculosus

---

[1]) *Подрезъ.* Объ оперативномъ лѣченіи бугорчатки составовъ. „Хирургическій Вѣстникъ“. 1889, стр. 89.

genu мы выпускаемъ проколомъ содержимое составной сумки, или же вскрываемъ ее разрѣзами и путемъ промывокъ и т. под., достигаемъ благопріятныхъ результатовъ. Спрашивается опять было ли это лѣченіе консервативнымъ или оперативнымъ? Наконецъ, самый частый случай. На протяженіи кости образовалось отдѣльное туберкулезное гнѣздо. Путемъ разрѣза мягкихъ частей мы доходимъ до него и удаляемъ содержимое выскабливаніемъ острой ложечкой. Затѣмъ наступаетъ заживленіе и выздоровленіе.

Подобныхъ примѣровъ можно бы было привести еще много. И поэтому не входя въ споръ о тонкихъ различіяхъ и для того что бы не впадать въ сомнѣнія и противорѣчія условимся: подъ оперативнымъ способомъ понимать тѣ мѣропріятія, когда производится удаленіе костей конечности (ампутація, экзартикуляція), пораженныхъ частей или резекція составныхъ концовъ кости, вмѣстѣ съ эпифизарнымъ хрящемъ или областью его, резекція на протяженіи и составная, (обыкновенная и экономическая) и составной сумки (артректомія).

Fontan на IV конгрессѣ французскихъ хирурговъ (октябрь 1889 г.) дѣлитъ операціи на 3 вида.

1) легкія, напримѣръ вприскиваніе эфирнаго раствора іодоформа и т. д. За исключеніемъ случаевъ холодныхъ абсцессовъ онѣ даютъ посредственные результаты.

2) консервативныя операціи—резекціи, выскабливанія, evidement—дающія болѣе стойкіе результаты.

3) радикальныя, онѣ гораздо тяжелѣе, даютъ менѣе хорошіе исходы и часто сопровождаются метастазами или осложняются пораженіемъ легкихъ.

Мы же, къ консервативнымъ способамъ лѣченія причислили всѣ легкія операціи *Fontann'a* (1 видъ) вскрытіе состава, артротомію (для промывки) вприскиванія въ составъ, игнипунктуру (съ предшествовавшей трефинаціей, или безъ нея) прижиганія поверхностныя, вскрытія натечныхъ и холодныхъ абсцессовъ, съ послѣдующимъ удаленіемъ пораженныхъ участковъ кости, выскабливанія, evidement, секвестротомію, разъ не удаляется и не нарушается цѣлость эпифизарнаго хряща, впрыскиваніе въ абсцессы, дренированіе ихъ, затѣмъ механическое лѣченія—вытяженіе, съемнонеподвижныя повязки, покой и массажъ; отвлекающія, rubefacientia и горячіе, со-

*

грѣвающіе компрессы, мушки, электротерапію, и общее лѣченіе— климато и бальнео-гидротерапію. Аналогичнаго дѣленія держится и *Bidder* (l. c. 115) который говоритъ, что хотя evidement, игнипунктуры и резекцій и принадлежатъ къ активно дѣйствующимъ методамъ лѣченія мѣстнаго туберкулеза и составляютъ оперативныя пособія, однако должны быть причислены къ «консервативнымъ методамъ лѣченія». Соглашаясь съ нимъ вполнѣ относительно первыхъ двухъ методовъ, мы не можемъ причислить резекцію къ консервативному методу лѣченія, на томъ лишь основаніи что она «сохраняетъ» конечность, а не удаляетъ ся, какъ ампутація.

Ollier [1]) считаетъ въ числѣ консервативныхъ операцій секвестротомію, удаленіе острой ложечкой частей костей и составовъ (abrasion osseuse et articulaire) выскабливаніе (evidement), внутрисоставныя прижиганія и типическія резекціи; ампутаціи же и экзартикуляціи составляютъ неконсервативныя операціи.

Хорошо сознавая, что принятое нами дѣленіе, въ основѣ котораго мы поставили сохраненіе, или нарушеніе цѣлости эпифизарныхъ хрящей, является условнымъ и можетъ быть оспариваемо, мы все-таки его будемъ придерживаться такъ, какъ необходимость заставляетъ остановится на какомъ либо дѣленіи и упреки сдѣланные нашему дѣленію, мнѣ кажется, могутъ быть сдѣланы и всякому другому.

Теперь спрашивается, можемъ ли мы отождествлять выжидательный-экспектативный методъ лѣченія съ консервативнымъ? Конечно до извѣстной степени да, но отличіе то, что при первомъ все лѣченіе предоставлялось однѣмъ силамъ природы, а дѣятельность хирурга ограничивалась поддержаніемъ силъ больнаго, доставленіемъ покоя больной конечности и примѣненіемъ отвлекающихъ средствъ, дальше которыхъ обыкновенно и не шли, не стремясь, какъ мы, къ удаленію пораженныхъ частей (выскабливаніемъ и т. д.).

Конечно, такой способъ расчитанный на vix medicatrix naturae, т. е. на силы, resp. выносливость организма больнаго, представляется уже a priori не особенно благопріятнымъ, въ особенности если припомнить, что способъ этотъ требовалъ много времени, въ теченіи котораго успѣвало развиться истощеніе больнаго, пораженіе другихъ частей организма и другія осложненія. Иные авторы увлекаясь опе-

---

[1]) *Ollier*. Tuberculose articulaire. Revue de Chirurgie. 1885 г., стр. 149.

раціями зашли еще дальше такъ напр. *Bidder* [1]), отвѣчая отрицательно на вопросъ — дѣйствительно ли методы лѣченія вліяютъ на исходъ болѣзни, считаетъ себя вынужденнымъ присоединится къ тѣмъ, которые принимаютъ, что всѣ такъ называемые консервативные методы лѣченія заслуживаютъ лишь названія экспектативныхъ. Выше же мы увидимъ совершенно противоположное мнѣніе Ollier.

Такое разнообразіе взглядовъ врядъ ли обусловливается однимъ разнообразіемъ матеріала, съ которымъ приходилось имѣть дѣло различнымъ авторамъ, оно находится въ зависимости не только отъ извѣстныхъ методовъ лѣченія, примѣнявшихся въ ту или другую эпоху, но главнымъ образомъ отъ того, когда т. е. въ какомъ періодѣ болѣзни, въ какомъ возрастѣ и какой части тѣла примѣнился данный методъ т. е. отъ извѣстнаго выбора подходящихъ для даннаго метода случаевъ. У насъ вѣдь нѣтъ ни одного средства, которое могло бы служить одинаково при всѣхъ, различныхъ формахъ одной и той же болѣзни—такъ какъ, сообразно съ послѣдними должна мѣняться и терапія въ каждомъ данномъ, индивидуальномъ случаѣ. Вѣдь мы лѣчимъ не болѣзнь, а больнаго.

Проф. *Монастырскій* [2]) говоритъ, что «предлагаютъ довольно много средствъ и узнать ихъ не такъ трудно, но за то очень и очень не легко избрать въ каждомъ, отдѣльномъ случаѣ подходящую мѣру; тѣмъ болѣе, что нѣтъ панацеи, нѣтъ универсальнаго мѣрила, нѣтъ ничего такого, какъ пресловутый философскій камень, который бы можно было растворить, потомъ дать выпить больному и дѣло съ концомъ. Нѣтъ, по шаблону лѣчить нельзя, природа не терпитъ шаблона, нужно критическое отношеніе къ дѣлу».

Различные же результаты обусловливаются индивидуальными качествами, какъ самого больнаго такъ и врача—его наблюдательностью и опытностію, результатомъ которыхъ является умѣніе избрать, тотъ методъ лѣченія; который вѣрнѣе и скорѣе всего поведетъ къ желанному, благопріятному, результату—выздоравленію больнаго.

---

[1]) *Alfred Bidder.* Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der fungosen Huftgelenkentzündungen· Berlin. Klin. Wochenschrift 1879, стр. 179.

[2]) Современные взгляды на патологію и терапію воспаленія составовъ 1887 ст. 257.

Наконецъ существуетъ еще одинъ источникъ разногласій: о результатахъ лѣченія туберкулезныхъ страданій нельзя судить по непосредственнымъ исходамъ операцій и то хорошее состояніе, въ которомъ больные уходятъ изъ больницъ, еще не служитъ гарантіей за будущее. Лучшее подтвержденіе этого мы видимъ въ свѣденіяхъ собранныхъ *Billroth'омъ* и цитированныхъ König'омъ (Бугорчатка костей и составовъ). Не рѣдко бываетъ что раны зажили первымъ натяженіемъ, больной чувствуетъ себя прекрасно и выписывается. Но по истеченіи нѣкотораго времени, на мѣстѣ операціи является рецидивъ, наступаетъ общая инфекція и летальный исходъ. Въ этомъ отношеніи,—опасности рецидивовъ, туберкулезъ представляетъ извѣстную аналогію со злокачественными новообразованіями, (напр. саркомой, ракомъ) но за то рѣзко отличается отъ нихъ однимъ своимъ качествомъ—наклонностью къ самоисцѣленію, о которой мы говорили выше и которая стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія. Послѣднее обстоятельство и придаетъ намъ бо́льшую увѣренность въ приложеніи консервативнаго метода лѣченія, который и отличается отъ выжидательнаго тѣмъ, что мы прилагаемъ всѣ усилія наши къ тому, что бы не только помочь благодѣтельной борьбѣ организма съ инфекціей, поддержать его силы, но и способствовать болѣе скорому удаленію зловредныхъ продуктовъ измѣненныхъ тканей, тѣмъ или другимъ путемъ, а не предоставлять организмъ только собственнымъ силамъ, какъ это было при выжидательномъ лѣченіи, гдѣ роль врача была чисто пассивной и ограничивалась наблюденіемъ.

Въ исторіи лѣченія туберкулеза костей и составовъ можно различать 4 періода.

Первый періодъ — выжидательнаго лѣченія, когда врачъ оставался въ роли наблюдателя хода болѣзни, а если и приступалъ къ операціи, то лишь послѣ долгаго ожиданія и только для того, чтобы ампутировать, или экзартикулировать совершенно негодную конечность. Періодъ этотъ простирается отъ древнѣйшихъ временъ до начала нынѣшняго столѣтія, т. е. до изобрѣтенія резекцій и примѣненій ихъ при этихъ страданіяхъ.

Второй періодъ начинается съ 1771 года, когда *James Bent* (въ Ньюкестлѣ) первый произвелъ резекцію плечеваго со-

става вслѣдствіе костоѣды [1]), и простирается до второй половины нынѣшняго столѣтія, до открытіемъ *Ollier*—подънадкостничной резекціи и выясненія имъ законовъ регенераціи костей изъ надкостницъ и т. д.; т. е. до 1867 года, когда *Ollier* издалъ свой Traité de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux. Въ теченіи этаго періода, резекціи примѣнялись сравнительно рѣдко, экспектативное же лѣченіе играло главную роль. Въ это время хирургъ, резецируя, не задавался цѣлью возобновить сочлененіе и получить дѣйствующій неартрозъ, а считалъ уже хорошимъ и то, что вмѣсто удаленія конечности дѣло ограничивалось удаленіемъ только состава, взамѣнъ котораго правда иногда получался и годный неартрозъ, но это были случаи исключительные. Съ открытіемъ *Ollier* начинается третій періодъ—эпоха обширнаго примѣненія резекцій и увлеченія ими.

Хотя работы *Ollier* и указали возможность новообразованія и возстановленія удаленныхъ костей, но резекціи никогда-бы не могли достигнуть обширнаго распространенія безъ вліянія другихъ факторовъ. Таковыми являлась на первомъ планѣ возможность быстраго заживленія ранъ безъ нагноеній, открытая *Lister*'омъ, устранившая все то, что пугало и останавливало самыхъ смѣлыхъ хирурговъ—инфекцію ранъ. Обнародованіемъ результатовъ своихъ долголѣтнихъ изслѣдованій, въ 1873 г. въ статьѣ, озаглавленной «The germ theory of fermentation changes», *Lister* составилъ эпоху въ хирургіи. Къ этимъ двумъ открытіямъ, давшимъ громадный толчекъ, развитію резекцій, присоединилось еще третье—ученіе—вполнѣ подтверждавшее и оправдывавшее раннее примѣненіе резекціи при бугорчаткѣ. Именно—взглядъ на бугорчатку, какъ на инфекціонную болѣзнь, который, какъ мы видѣли, существовалъ задолго до окрытія *Koch*'а и вполнѣ подтверждался опытами *Villemin*'а и друг. (см. выше, стр. 12). Совокупностью всѣхъ этихъ условій и обусловливается обширное распространеніе резекцій въ этомъ періодѣ. Наконецъ, не остались безъ вліянія и Эсмарховскій методъ безкровныхъ операцій и упро-

---

[1]) Историческія свѣдѣнія о первомъ періодѣ заимствованы у *Crocq*'а, а о резекціяхъ у *Lossen*'а Общій очеркъ резекцій, въ хирургіи *Pitha* и *Billroth*'а 1883 г. и у *Ollier*. Traité de résections et des opérations conservatrices, qu'on peut pratiquer sur le systeme osseux. Paris 1885. 1 vol.

щеніе способовъ антисептической-долгосрочной перевязки. И дѣйствительно, казалось бы что иначе поступать, а не резецировать было-бы нераціональнымъ. Съ одной стороны, удаляя больныя части, мы предохраняемъ организмъ отъ опасности инфекціи. *Bidder*, (l. c. стран. 109), говоря о возможности возникновенія общаго туберкулеза изъ ограниченнаго гнѣзда, сравниваетъ такого больнаго съ человѣкомъ, сидящимъ на бочкѣ пороха, которая ежеминутно можетъ взлетѣть на воздухъ. Резецируя составъ, мы удаляемъ эту опасность и обезпечиваемъ дальнѣйшее существованіе больнаго. Съ другой стороны—листеровская повязка даетъ намъ гарантію въ асептическомъ теченіи и быстромъ заживленіи ранъ, опыты *Ollier*—увѣренность въ востановленіи составъ путемъ его новообразованія изъ оставленной надкостницы, Эсмарховскій бинтъ--возможность спокойно оперировать въ чистомъ операціонномъ полѣ; чего еще желать! И поэтому, увлекшись, резецировали, резецировали много, не разбирая, не анализируя случаевъ и получали, повидимому прекрасные результаты. Но такъ было только въ началѣ, первое время послѣ резекціи; когда же отнеслись къ нимъ хладнокровно, sine ira et studio и оглянулись черезъ нѣсколько лѣтъ назадъ, то результаты оказались далеко не такъ блестящи. Такъ *König* насчиталъ (l. c. стр. 79) въ четыре года 16°/o смертности, на общее число 117 оперированныхъ. *Billroth* высчиталъ, что въ 16 лѣтъ умерло отъ бугорчатки 27°/o всѣхъ оперированныхъ случаевъ фунгознаго воспаленія составовъ. Изъ 54 случаевъ коксита вполнѣ выздоровѣло лишь 11 [1]), съ разстройствомъ функцій—18, не излѣченныхъ—5, умерло же 20, изъ нихъ лишь трое отъ случайныхъ причинъ, а 17 отъ туберкулеза и его послѣдствій. Слѣдовательно лишь 10°/o случаевъ достигло полнаго излеченія. Результатъ, какъ мы увидимъ, такой, какой получался и при консервативномъ лѣченіи. Поэтому, въ виду такихъ результатовъ, началась понемножку реакція въ противуположную сторону—въ пользу консервативнаго лѣченія, характеризующая четвертый, современный намъ періодъ лѣченія туберкулеза костей и составовъ. Точно опредѣлить начало этого періода нѣтъ возможности и мы скажемъ только, что на развитіе консервативнаго направленія большое вліяніе имѣли вышеприведенные работы *Billroth'a*, *König'a*

[1]) *König*. Частная Хирургія, Т. IV, ст. 463.

Ollier и др. *König* былъ первый, доказавшій въ своей работѣ [1]) плохіе результаты раннихъ резекцій. Такъ, онъ произвелъ 117 резекцій и результаты черезъ $3^1/_2$ года были слѣдующіе: умерло 25, выздоровѣло 74, неизлѣченныхъ 15 и въ томъ числѣ впослѣдствіи излѣчено ампутаціей—14. Впослѣдствіи онъ формулировалъ свое мнѣніе такъ: [2]) «Опасность послѣдовательнаго заболѣванія туберкуле зомъ внутреннихъ органовъ и общаго туберкулезнаго зараженія, не уменьшается ощутительнымъ образомъ вслѣдствіе вырѣзыванія туберкулезныхъ составовъ». Далѣе мы укажемъ на мнѣнія его приведенныя мною нѣсколько раньше (стр. 38).

Такой взглядъ *König'a* нашелъ полное сочувствіе и былъ подтвержденъ и другими выдающимися хирургами.

Такъ, *Verneuil* [3]) говоритъ: «сорокъ лѣтъ тому назадъ я написалъ докладъ, объ периферическихъ остеоартритахъ и о безполезности при нихъ, частичныхъ и экономическихъ операцій. Съ тѣхъ поръ я не измѣнилъ своего убѣжденія и исключая случаи, гдѣ достаточно для излѣченія извлеченія секвестровъ, я только примѣняю или ампутяціи, или якобы выжидательный методъ т. е. когда оперативное вмѣшательство, низведенное до минимума ограничивается вскрытіемъ абсцессовъ, дренажемъ, выскабливаніемъ, но сопоровождается въ высшей степени методическимъ лѣченіемъ — (антисептической перевязкой, ваннами, впрыскиваніемъ іодоформа и т. п.), продолжаемымъ безъ перерыва многіе мѣсяцы и сопровождающимся внутреннимъ употребленіемъ специфическихъ средствъ, въ небольшихъ пріемахъ, но постоянно и пребываніемъ если возможно въ деревнѣ или на морскомъ берегу. Въ сущности этотъ способъ лѣченія тотъ же, который мы примѣняемъ у сифилитиковъ; почему-же не примѣнять при лѣченіи мѣстныхъ туберкулезовъ, мудрыя правила, выработанныя для лѣченія сифилитиковъ. Почему такъ спѣшать взять бистури, скребецъ, листоновскіе щипцы, пилу? Я не надѣюсь переубѣдить моихъ современниковъ, но только убѣдительно прошу моихъ учениковъ и молодыхъ хирурговъ, по крайней мѣрѣ

[1]) Die Erfolge der Resectionen bei Tuberculösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke unter dem Einfluss des antiseptischen Verfahrens. Langenbeck's. Arch. T, XXV, стр. 580—588, 1880.

[2]) König. Die Fruhresection u. s. v. Verhand. D. Gesel. f. Chirurg X, 1888, стр. 92—103.

[3]) Généralisations tuberculeuses. Etudes publ. sons sa diréction стр. 105.

давъ себѣ трудъ честно испытать эту консервативную хирургію и сравнить въ теченіи 2—3 лѣтъ ея результаты, съ результатами оперативнаго вмѣшательства, во что бы то ни стало, *резекоманій* (résécomanie) *въ особенности*».

Обратившись же къ старымъ результатамъ консервативнаго лѣченія, увидѣли, что они были далеко не такъ плохи, какъ объ нихъ думали и масса больныхъ излѣчивалась и въ то время, безо всякой оперативной помощи, а въ слѣдствіи этого стали внимательнѣе относится къ оставленнымъ, во время оперативнаго увлеченія, консервативнымъ методамъ лѣченія. Въ тоже время, Koch показалъ въ чемъ состоитъ сущность болѣзни и, результатомъ знакомства съ бактеріями, естественно явилась мысль о борбѣ съ ними, на мѣстѣ ихъ развитія, въ самыхъ пораженныхъ тканяхъ. Отсюда возникли слѣд. методы: промывка составовъ и впрыскиванія въ составы и пораженныя части, веществъ, убивающихъ бактеріи (антисептическихъ), уничтоженіе послѣднихъ калильнымъ жаромъ (игнипунктура) или наконецъ усиленіе условій циркуляціи и всасыванія въ пораженныхъ тканяхъ, (ванны, горячіе компресы, массажъ, электротерапія). Методы эти получили горячую поддержку и оправданіе своего raison d'être, въ изслѣдованіи способности борьбы организма съ микробами, въ т. наз. фагоцитарной теоріи. И такъ мы находимся теперь въ положеніи болѣе выгодномъ, чѣмъ наши предшественники, ибо, зная натуру заразнаго яда, способы и средства организма къ его разрушенію, можемъ съ бо́льшею увѣренностью выбирать тотъ или другой методъ лѣченія и поэтому достигать лучшихъ результатовъ чѣмъ они.

Теперь, раньше чѣмъ сравнивать способы лѣченія и указать какой изъ нихъ, въ какихъ случаяхъ даетъ лучшіе результаты, а слѣд. и выяснить показанія къ примѣненіямъ въ данныхъ формахъ пораженій, считаю не лишнимъ привести краткій историческій обзоръ методовъ консеративнаго и оперативнаго лѣченія.

Гиппократъ зналъ о бѣлыхъ опухоляхъ все, что можно было знать безъ патолого-анатомическаго изслѣдованія, путемъ однихъ клиническихъ наблюденій. Изъ терапевтическихъ средствъ, при coxarthrocace, онъ совѣтовалъ прижиганія раскаленнымъ желѣзомъ, которымъ приписывалъ свойство заставить головку возвратиться на мѣсто, т. е. прекратить видимое удлиненіе ноги (Aphorism. IV. 45).

По видимому онъ примѣнялъ и моксы. При мало болѣзненныхъ, или холодныхъ опухоляхъ сочлененій, онъ примѣнялъ давленіе, какъ при переломахъ (De officina medici, 22) сдавливая больную часть, чтобы оттѣснить кровь, какъ къ туловищу, такъ и къ периферіи. При свищевыхъ язвахъ въ сосѣдствѣ сочлененій, онъ не рекомендуетъ припарокъ, но средства высушивающія, могущія прекратить нагноеніе (De ulceribus 1. 2.) а при выдѣленіи изъ нихъ болѣе значительнаго количества гноя, онъ ихъ сдавливалъ повязкой.

Эти данныя указываютъ, что терапевтическія воззрѣнія Гиппократа стояли на томъ же высокомъ уровнѣ, какъ и его патологическія знанія о серьезности болѣзни.

Галенъ [1]) лѣчилъ бѣлыя опухоли поверхностными насѣчками, и употребленіемъ evacuantia, emollientia et adstringentia и, какъ Гиппократъ, давленіемъ. Онъ говоритъ, что онѣ тѣмъ труднѣе излѣчиваются, чѣмъ склерозное состояніе подвинулось дальше. Опухоли развившіяся вслѣдъ за флегмонозными воспаленіями, онъ называлъ струмозными. При коксальгіи онъ тоже примѣнялъ прижиганія.

Фунгозное состояніе кости, которое Галенъ обазначилъ именемъ caries и сравнилъ съ язвами мягкихъ частей, зависитъ, по его мнѣнію, отъ нагноенія, обусловленнаго инфильтраціей испорченными соками.

Лѣченіе ихъ было такимъ же, какое и мы примѣняемъ въ настоящее время. Оно заключалось въ обнаженіи кости широкимъ разрѣзомъ и выскабливаніи пораженныхъ частей, до тѣхъ поръ, пока не доходили до здоровой, бѣлой кости, иногда вслѣдъ за выскабливаніемъ производилось и прижиганіе.

Терапію предлагаемую *Павломъ Эгинскимъ* мы уже привели раньше. Арабская школа — *Разесъ*, *Авиценна*, *Абульказемъ* придерживались терапіи Галена. При костоѣдѣ они дѣлали разрѣзъ и разрушали пораженныя части каленымъ желѣзомъ, или удаляли ихъ острыми орудіями.

При пораженіи сочлененій употребляли сухія или кровососныя банки и массу пластырей—размягчающихъ, стягивающихъ, возбуждающихъ и т. д. При пораженіяхъ позвоночника и происходящихъ вслѣдствіе ихъ натечныхъ нарывахъ рекомендуется прижиганіе, кро-

[1]) У Crocq'a l. c. стр. 28.

[2]) Commentarii de Hippoc. liber de articulis III.

вопусканіе и слабительныя; нарывовъ же не слѣдуетъ трогать и ничего къ нимъ не прикладывать. Если же они вскрываются сами, то примѣняются размягчающія впрыскиванія.

Въ теченіи среднихъ вѣковъ, терапія не ушла отъ того, что уже знали древніе и нисколько не подвинулась впередъ. *Ambroase Paré* (въ 1579) и *Fabricius ab Aguapendente* (въ 1723) изучивъ Гиппократа слѣдовали только его наставленіямъ и примѣняли тѣже самыя средства. *Wiseman* (въ 1675) употребивъ вперые названіе «white svelling» для обозначенія того, что въ германіи въ то время называлось fungis articuli, предложилъ для лѣченія ихъ впервые ампутацію. *J. L. Petit* (1775) совѣтуетъ широкое вскрытіе нагноившихся сочлененій, чтобы открыть выходъ гною, лѣченіе заключается въ приложеніи разрѣшающихъ и размягчающихъ средствъ, душей; при сильныхъ боляхъ—обильныхъ кровоизвлечній; какъ только прошли воспалительныя явленія, онъ для избѣжанія анкилоза совѣтуетъ пассивныя движенія.

Heister лѣчилъ всевозможными пластырями.

Pott во всѣхъ значительныхъ пораженіяхъ костей и сочлененіи конечностей ампутировалъ. *Bronfield* же держался совершенно противуположнаго взгляда.

За тѣмъ, ко всѣмъ этимъ средствамъ присоединилось новое—резекція пораженныхъ составовъ, съ примѣненія которой и начинается второй періодъ исторіи лѣченія туберкулеза составовъ и костей.

Вслѣдъ за *Bent*'омъ, *Park* (въ Ливерпулѣ въ 1781) сдѣлалъ резекцію колѣна, вслѣдствіе tumoris albi, безъ свищей, больной выздоровѣлъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ съ нагноеніемъ, осложненіями и образованіемъ анкилоза.

Годъ спустя *Moreau* (отецъ, въ Bar le Duc) сдѣлалъ рядъ резекцій—голеностопнаго сочлененія въ 1782, плеча—1786, костей tarsi 1788, колѣна 1792, діафизовъ голени и бедра въ 1793, локтя 1794.

Сынъ же его, въ 1803, написалъ на ту же тему свою диссертацію—Observations pratiques, rélatives á la résection des articulations affèctées de carie, Paris 1803, въ которой привелъ наблюденіе отца Въ англіи *Anthony White* въ 1821 году произвелъ резекцію тазобедреннаго состава, послѣ почти полувѣковаго спора о цѣлесообразности этой операціи, предложенной *Ch. White* еще въ

1779 году. Правда, что до него нѣсколько разъ было произведено удаленіе отдѣлившейся головки бедра, но это небыли настоящія резекціи. Дальнѣйшему распространенію резекціи въ англіи способствовали *Syme*, *Fergusson*, въ германіи *Textor*, *Jaëger*, *Michaël*. Въ тоже время подъ вліяніемъ работъ *Bonnet* [1]) и консервативное лѣченіе болѣзней суставовъ сдѣлало значительные успѣхи.

Введеніемъ неподвижныхъ повязокъ, усовершенствованіемъ шинъ и аппаратовъ, стали достигать хорошихъ результатовъ, гораздо лучшихъ, чѣмъ при помощи резекціи, такъ какъ вслѣдъ за послѣдними не рѣдко являлся рядъ осложненій, обусловленныхъ инфекціей ранъ, ведшихъ къ смертельному исходу. Поэтому опасаясь піэміи отдавали преимущество выжидательному методу лѣченія и рѣшались лишь на позднія резекціи, т. е. оперировали тогда, когда наступало полное разрушеніе состава. Въ это время *Bonnet* въ 1853 (l. c. стр. 259) для лѣченія бѣлыхъ опухолей совѣтовалъ прежде всего общее лѣченіе, именно: гидротерапію, какъ въ видѣ мѣстныхъ, такъ общихъ ваннъ, затѣмъ цѣлый рядъ внутреннихъ средствъ, для выдѣленія болѣзненныхъ началъ изъ организма черезъ кожу, кишечникъ, почки. Изъ внутреннихъ средствъ онъ совѣтуетъ: рыбій жиръ, іодъ, желѣзо, горькія вещества. Что же касается мѣстныхъ средствъ, то прежде всего онъ обращалъ вниманіе на необходимость дать покой и удобное положеніе больной части. Этаго онъ достигалъ крахмальной, декстриновой или смоченной яичнымъ бѣлкомъ повязкой, съ картонными шинами, или металичеткими деревянными и проволочными желобами. Настаивая на вредѣ продолжительнаго лежанія, онъ совѣтуетъ ходить при помощи туторовъ. Для пассивныхъ же движеній онъ изобрѣлъ цѣлый рядъ сложныхъ аппаратовъ и машинъ. Собственно, мѣстное лѣченіе заключается въ давленіи повязкой, или пластыремъ, массажѣ, душахъ, паровыхъ или изъ теплой воды, холодъ онъ отвергаетъ, мимоходомъ упоминаетъ объ электричествѣ, о примѣненіи же тепла онъ невысокаго мнѣнія, но за то очень хвалитъ горячія паровыя ванны, которыя впрочемъ онъ называетъ fumigations. Дѣлаетъ онъ ихъ такъ, что подъ больнымъ составомъ помѣщаетъ сковроду съ испаряющейся жидкостью, нагрѣваетъ ее и все покрываетъ сверху шерстянымъ одѣяломъ.

Эти обкуриванія могутъ быть сухія (изъ камфоры, іода) или

[1]) *A. Bonnet*. Traité des maladies articulaires. Paris 1853.

мокрыя. Въ сущности, какъ видно, здѣсь дѣло сводится къ воздушной или паровой горячей ваннѣ.

Изъ отвлекающихъ, дѣйствующихъ на кожу, онъ разбираетъ: смазыванія мазью изъ Argt. Nitricum. Trae jodi, мушки и фонтанели. Затѣмъ рекомендуетъ прижиганія, но лишь тогда, когда есть осложненія и свищи. Прижиганія должны примѣняться не только на кожѣ. но и въ глубинѣ свищей и околосоставныхъ нарывовъ. Послѣ поверхностныхъ прижиганій совѣтуетъ поддерживать нагноеніе раздражающими мазями.

Для лѣченія свищевыхъ ходовъ, Bonnet (lc. стр. 296) совѣтуетъ давленіе, раздражающія впрыскиванія, прижиганіе, широкое вскрытіе ножемъ, или ѣдкимъ тѣстомъ и удаленіе некротизированныхъ костей послѣ вскрытія свищеваго хода.

Въ тоже время (1853) *Crocq* (l. с. стр. 621) совѣтуетъ слѣдующія средства при лѣченіи бѣлыхъ опухолей: неподвижное положеніе и давленіе, посредствомъ съемно неподвижныхъ повязокъ, приведеніе (при патологическихъ вывихахъ) конечностей въ нормальное положеніе и удержаніе ихъ соотвѣтственной повязкой, вскрытіе около составныхъ нарывовъ и впрыскиваніе въ полость ихъ и свищей trae jodi. Вообще же его лѣченіе мало чѣмъ отличается отъ терапіи *Bonnet*. Что же касается резекціи и ампутаціи, то онъ говоритъ что здравый смыслъ говоритъ намъ: ferrum est ultima ratio, (l. с. 609) слѣдовательно на резекціи онъ смотрѣлъ, какъ на неизбѣжное зло и средство для удаленія, а не возстановленія состава. Современныхъ ему хирурговъ останавливала боязнь вскрытія состава такъ какъ клиническія наблюденія сплошь и рядомъ указывали, что оно часто грозило жизни больного, поэтому многіе предпочитали ампутацію резекціи. На резекцію же смотрѣли какъ на операцію, польза которой заключалось въ удаленіи пораженныхъ частей и предоставленіи широкаго выхода всѣмъ воспалительнымъ продуктамъ изъ извилистой сочленовной полости. Взглядъ этотъ сохранился у нѣкоторыхъ хирурговъ продолжительное время и еще въ 1876 году *Hüeter* (l. с. Т. I стр. 220 § 166) писалъ «посредствомъ резекціи устраняется давленіе, подъ которымъ находятся воспалительные продукты разросшіяся ткани и гной и предоставляется выходъ этимъ продуктамъ, дѣлаются возможными противувоспалительныя и антисептическія промыванія воспаленныхъ частей. Такимъ образомъ резекція

устраняетъ дальнѣйшее распространеніе воспаленія и прекращаетъ сопутствующую ему лихорадку, обусловленную дальнѣйшимъ передвиженіемъ флогогенныхъ и поступленіемъ въ кровь пирогенныхъ веществъ. И такъ резекція представляетъ antiphlogisticum et antipyreticum, даже и тогда, когда воспаленная часть, и пр. часть синовіяльной оболочки, не вполнѣ будетъ удалена.

За долго до этого времени *Bernhard Heine* (1873) и *Flourens* (1840) указали на важное костеобразовательное значеніе надкостницы и подтвердили свое мнѣніе опытами. Подъ ихъ вліяніемъ *Textor*, *Syme* и *Blandin* начали сохранять надкостницу при операціяхъ. Еще въ 1834 году *Malgaigne*, въ своемъ Manuel de mèdicine operatoire, ясно указываетъ на значеніе надкостницы и настаиваетъ на необходимости сохраненія ея. Нѣсколько позже въ 1855 г. *Larghi* (въ Туринѣ) совѣтуетъ сохранять какъ надкостницу при резекціи на протяженіи длинныхъ костей, такъ составную сумку при резекціи составовъ, съ тѣмъ чтобы она способствовала воспроизведенію новыхъ костей и составовъ, но онъ хотѣлъ достигнуть цѣли, не вскрывая самаго сочлененія, а разрѣзывая надкостницу на кости, черезъ разрѣзъ извлечь кость. Вслѣдствіе этого попытки его неувѣнчались успѣхомъ.

Резекціи.

Таково было положеніе вопроса о резекціяхъ, когда *Ollier* въ 1858 году началъ свои изслѣдованія о регенераціи и резекціи костей, обнародовавъ результаты въ ряду статей [1]) и въ докладѣ академіи наукъ. Данныя его были встрѣчены съ недовѣріемъ современниками, что заставило Ollier обставить болѣе тщательно свой трудъ, произвести массу опытовъ на животныхъ и собрать большее количество результатовъ, чтобы съ полной убѣдительностью доказать свои выводы. Не удовольствовавшись фактомъ возстановленія кости, in loco, изъ надкостницы, онъ доказалъ рядомъ опытовъ на животныхъ, что и вполнѣ отдѣленная и пересаженная въ мягкія части надкостница сохраняла свою костеобразовательную способность. Желая перенести результаты своихъ опытовъ на больныхъ и добиться возможности возстановить сочлененія, Ollier занялся изученіемъ ре-

[1]) *Ollier*. Des moyens chirurgicaux de favoriser la réproduction des os Gaette Hebdomadaire. 1858, стр. 903.

зекціи. Результатомъ его трудовъ явились новые способы резекціи, отличавшіеся отъ старыхъ самой техникой операціи: (направленіемъ разрѣзовъ, методомъ отдѣленія надкостницы). Въ теченіи 10 лѣтъ (по 1867) длилась борьба старыхъ методовъ резекціи съ новыми, пока наконецъ польза и цѣлесообразность ихъ не была признана, раньше всего въ Германіи *Langenbeck*'омъ и его учениками и прежде всего для военно-хирургическихъ случаевъ. Вслѣдствіе недостаточнаго знакотства съ новымъ методомъ, первые результаты, послѣ Шлезвигъ Гольштинской войны, были неутѣшительны, тоже самое случилось въ 1870 году. Все это заставило *Langenbeck'a* познакомить германскихъ врачей болѣе обстоятельно съ новымъ методомъ, что онъ и сдѣлалъ на II конгрессѣ хирурговъ 1873 году [1]). *Langenbeck*, стараясь о распространеніи резекцій, въ тоже время не игнорировалъ и другихъ средствъ лѣченія составныхъ страданій. Онъ началъ примѣнять въ 1863—64 г. вытяженіе составовъ, которое у насъ въ Россіи, проф. Харьковскаго университета *Грубе*, примѣнялъ еще въ 1859 году. Болѣе обширное примѣненіе этотъ методъ получилъ въ 1868 г. въ рукахъ *Volkmann*'a, который совѣтуетъ (l. c. Хирургія Pitha Billroth'a стр. 1074) примѣнять его въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. При сведеніяхъ въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, при еще продолжающемся воспаленіи составовъ или послѣ окончанія, если только у больного нѣтъ сложныхъ рубцовъ, а тѣмъ болѣе костныхъ сращеній между сочленовными концами.

2. При самородныхъ, патологическихъ вывихахъ, составныхъ смѣщеніяхъ сочленовныхъ поверхностей (такъ назыв. странствованіяхъ вертлужной впадины и т. п.).

3. При поттовскомъ горбѣ, въ свѣжихъ, быстротечныхъ или полубыстротечныхъ случаяхъ.

4. Нѣкоторыхъ очень тяжелыхъ случаяхъ англійской болѣзни съ искривленіемъ конечностей.

Благопріятное дѣйствіе этого метода, къ разсмотрѣнію коего мы еще возвратимся, *Volkmann* объясняетъ устраненіемъ взаимнаго давленія, пораженныхъ сочленовныхъ поверхностей, вслѣдствіе ихъ расхожденія, (diastasis) производимаго равномѣрнымъ влеченіемъ тя-

---

[1]) *Langenbeck* Ueber die Endresultate der Gelengresectionen im Kriege. Langenbeck's Archiv. B.XVI. 1874 H. 2.

жестями, обусловливающемъ болеутоляющее дѣйствіе повязки. По той же самой причинѣ, повязка эта съ вытяженіемъ, въ значительной степени благопріятствуетъ заживленію начавшагося изъязвленія хрящей и поверхностной костоѣды; понижая внутри составное давленіе. Разъедненіе сочленовныхъ концовъ костей имѣетъ еще ту выгоду, что устраняетъ переходъ процесса съ одной сочленовной поверхности, на другую.

Труды и блестящіе результаты *Ollier* и *Langenbeck'а* вызвали увлеченіе новымъ оперативнымъ методомъ, который по мѣрѣ знакомства съ нимъ хирурговъ и усвоенія ими новой техники, сталъ давать все лучшіе и лучшіе результаты, въ особенности при примѣненіи антисептики. Подъ вліяніемъ всѣхъ этихъ условій показанія для резекціи при туберкулезныхъ страданіяхъ костей и составовъ подвергались постепенно измѣненіямъ, важнѣйшія изъ которыхъ попытаемся прослѣдить.

Ludwig Jacobsen, для оцѣнки значенія резекцій, сравнилъ въ 1874 г. результаты лѣченія коксита и получилъ слѣдующія цифры:

	Выздоровѣло.	Умерло.
При консервативномъ лѣченіи.	26,98%	73,02%
» оперативномъ »	57,49%	48,51%

На основаніи своего вывода. онъ становится на сторону оперативнаго лѣченія, но съ извѣстными оговорками (смотри подробнѣе при разборѣ кокситовъ).

Hueter, въ 1876 году, хотя и смотрѣлъ еще на резекцію преимущественно какъ на самое могущественное и вѣрнѣйшее противувоспалительное средство (antiphlogisticum) для лѣченія воспаленій сочлененій но настаиваетъ на ихъ необходимости (смотри выше стр. 84). Приписывая главную роль воспаленію синовіяльной оболочки, онъ настаиваетъ на необходимости удаленія послѣдней при резекціяхъ и въ особенности при фунгозномъ воспаленіи составовъ. При заболѣваніяхъ же костей, нерѣдко сопровождавщихъ воспаленія составной капсулы, являющемся или причиною, или послѣдствіемъ ихъ, для резекціи открытъ широкій путь. Удаляя вполнѣ заболѣвшія части сочлененій, она здѣсь вполнѣ обнаруживаетъ свое противовоспалительное дѣйствіе. Однако нѣсколько дальше (стр. 224). *Hueter* идеальной цѣлью каждой резекціи, къ которой операторъ долженъ всегда стремится, но не всегда можетъ достигать, считаетъ

сохраненіе синовіяльной оболочки и надкостницы составляющихъ основу субперіостальныхъ и субсиновіяльныхъ резекцій *Ollier* и *Langenbeck*'а. Изслѣдованія *Ollier*, онъ приводитъ дальше, равно какъ и описаніе случая, успѣшно оперированнаго *Langenbeck*'*омъ*, (больнаго *Hueter* видѣлъ черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ операціи) но оговаривается, что не всегда и не въ каждомъ сочлененіи можно достигать такихъ результатовъ. Разбирая невыгодныя стороны новаго метода, онъ указываетъ на возможность опусканія гноя подъ надкостницей (стр. 226) съ послѣдовательнымъ некрозомъ діафизовъ и возможностью развитія новыхъ воспалительныхъ процессовъ, въ новообразованныхъ костяхъ, вслѣдствіе того, что гной будетъ омывать ихъ.

Linhardt [1]), отличая caries и necrosis, отъ туберкулезнаго страданія, считаетъ показаніемъ для резекцій некрозъ, когда имъ поражена значительная часть одной, или обѣихъ составныхъ поверхностей и caries, когда онъ выражаетъ собою болѣе, или менѣе мѣстное страданіе, не вызванъ общимъ процессомъ на нѣсколькихъ мѣстахъ и неподдерживается имъ (туберкулезъ, сифилисъ).

Rydiger [2]) является горячимъ защитникомъ резекцій при туберкулезѣ. Свою статью онъ заключаетъ слѣдующими словами: «мы должны смотрѣть на резекціи при составномъ туберкулезѣ, какъ на предохранительную мѣру противъ общей инфекціи; въ особенности въ третьей группѣ случаевъ (т. е. когда составной туберкулезъ образуетъ первичныя гнѣзда, служащія впослѣдствіи источникомъ инфекцій). Мы должны резецировать по возможности раньше, чтобы имѣть дѣло еще съ возможно крѣпкимъ организмомъ и быть увѣреннымъ, что нѣтъ еще вторичныхъ очаговъ. Наконецъ мы должны стремиться усовершенствованіемъ техники резекцій, по возможности устранять неблагопріятныя результаты ея».

Boeckel [3]) тоже принадлежащій къ поклонникамъ резекціи, разбирая исходы (l. c. стр. 215) на основаніи результатовъ 66 случаевъ, изъ которыхъ 48 выздоровѣли, не считаетъ преклонный возрастъ противупоказаніемъ для резекціи. Въ дѣтскомъ же и юношескомъ воз-

[1]) Руководство къ оперативной хирургіи, руск. перев. 1877. Т. I, стр. 385.

[2]) Zur antiseptischen Gelenkresection bei Gelenktuberculoze. D. Z. f. Chirurg. B. XIII, стр. 343, 1880 г.

[3]) *Iules Boeckel*. Fragments de chirurgie antiseptique. 1882.

растахъ, необходимо обращать вниманіе на осложненія со стороны внутреннихъ органовъ и прежде всего, на туберкулезный менингитъ, который не всегда можно предусмотрѣть, но о которомъ надобно помнить, разъ есть указанія на явленія со стороны легкихъ. По мнѣнію *Boeckel'я* при резекціяхъ въ особенности, всѣ преимущества антисептическаго метода лѣченія обрисовываются съ наибольшимъ блескомъ, увѣренностью—сказываясь какъ въ теченіи раны, такъ продолжительности лѣченія и превосходныхъ окончательныхъ результатахъ. Прежде, слово резекція являлась синонимомъ очень продолжительнаго нагноенія, нынѣ это положеніе пало предъ многочисленными фактами заживленія подъ 4—6 повязками, безъ слѣдовъ нагноенія. Антисептическій методъ и въ лѣченіи холодныхъ нарывовъ (ibid. стр. 453) сдѣлалъ громадные успѣхи. *Lister* первый показалъ, что можно безнаказанно вскрывать, дезинфицировать и дренировать самые большіе холодные нарывы.

Jaffé [1]) считаетъ резекцію противопоказанной, въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ ограниченные туберкулезные очаги въ сосѣдствѣ сочлененія, или же они локализированы одновременно въ нѣсколькихъ костяхъ. Здѣсь можно ожидать самоисцѣпленія, до тѣхъ поръ, пока не произошло развитія нагноенія и способствовать исцѣленію при помощи соотвѣтственнаго выжидательнаго лѣченія. Но если исцѣленіе останавливается, наступаетъ нагноеніе и т. д., то должно по возможности скорѣе, отъискать туберкулезное гнѣздо и удалить его. Что здѣсь показано—evidement ли, резекція, ампутація или экзартикуляція—это зависитъ отъ мѣста очага, возраста, силъ больнаго и т. д.

Albrecht [2]) раздѣляя приведенное выше (на стр. 79) мнѣніе König'а, смотритъ съ весьма пессимистической точки зрѣнія на значеніе резекцій въ дѣлѣ предохраненія организма отъ общей инфекціи, говоря, что онъ можетъ лишь подтвердить это мнѣніе, именно, что опасность общаго зараженія не уменьшается замѣтнымъ образомъ вслѣдствіе вырѣзыванія туберкулезныхъ сочлененій. Если же сравнить результаты консервативнаго лѣченія при этихъ страданіяхъ, то отвѣтъ тоже будетъ не въ пользу резекцій.

---

[1]) *Jaffé.* Ueber Knochentuberculose. D. Z. f. Chir. XVIII, стр. 449, 1883, г.

[2]) *Albrecht.* Ueber den Ausgang der fungösen Gelenkentzündungen Deut. Z. f. Chirgie B. XIX. 461 1883.

*

И такъ мы видимъ, что взгляды *König'a* стали находить все большее и большее число послѣдователей, не только между германскими, но и иностранными хирургами. Независимо отъ результатовъ резекцій обратили вниманіе и на то, что удаленіе эпифизарныхъ хрящей, въ періодѣ роста кости, неминуемо должно повести къ его остановкѣ т. е. вызвать укороченіе конечности. Правда, что результатъ этотъ получался и прежде, помимо резекціи при выжидательномъ лѣченіи. Взгляды эти были высказаны Ollier еще въ 1883 году *Ollier* говоритъ: «съ 1861 года, времени обнародованія нашихъ работъ о ростѣ большихъ костей туловища, многочисленные факты подтверждали наши экспериментальные выводы. Мы сказали что ультра-эпифизарная резекція колѣна у дѣтей непремѣнно должна повести къ громадной остановкѣ роста, такъ какъ при ней удаляется главный органъ для роста бедра и большаго берца и изслѣдованія *Murray Humphry* привели его дѣйствительно къ тѣмъ же результататамъ. Напротивъ интра-эпифизарныя резекціи непредставляютъ такихъ неудобствъ, хотя и послѣ нихъ будетъ существовать неравенство между обѣими конечностями.

У взрослыхъ и юношей показаніе къ резекціи существуетъ не только тогда, когда удаленіе костныхъ концевъ необходимо для жизни и когда, кромѣ резекцій остается только одна ампутація, но также въ тѣхъ случаяхъ, когда надобно прекратить нагноеніе въ составѣ, хотя и непредставляющее въ данную минуту опасности для существованія, но которая можетъ явиться во всякую минуту и когда это страданіе удерживаетъ больнаго долгое время въ постелѣ и изнуряетъ его хроническимъ нагноеніемъ. Еще раньше въ другой работѣ *Ollier* дѣлитъ туберкулезныхъ паціентовъ на 3 категоріи [2])

a) тѣхъ которыхъ должно оперировать.

b) коихъ можно оперировать.

c) которыхъ недолжно трогать.

Trélat указываетъ [3]) что методы лѣченія туберкулезныхъ страданій въ настоящее время совершенно измѣнились. Это зависитъ отъ того, что узнавши лучше ходъ туберкулезнаго процесса, распознаютъ

---

[1]) De la résection du genou. Revue de Chirur. 1883 г., стр. 270.

[2]) De la résection du coude. Revue de Chirurg. 1882, стр. 735.

[3]) Societé de Chirurgie цитированно у Nelaton'a, p. 149.

туберкулезъ раньше, чѣмъ въ прежнее время и естественно приходятъ къ мысли уничтожить первый очагъ его. Показанія же къ операціи (ibidem стр. 152) при золотухѣ и въ особенности туберкулезѣ устанавливаются съ большими затрудненіями (exrêmement délicates à établire). Здѣсь нужно соединить тщательное и полное изслѣдованія больнаго съ большимъ тактомъ и предусмотрительностью, ибо отъ нашего выбора метода лѣченія зависитъ, или быстрое выздоровленіе больнаго, или гибель его.

Если у туберкулезнаго больного одна изъ локализаціи ухудшаетъ общее состояніе, то нужно (если только возможно) уничтожить эту локализацію путемъ операціи. Если же наоборотъ, преобладаютъ пораженія внутреннихъ органовъ, то нужно удерживаться отъ всякаго оперативнаго вмѣшательства».

Такого же взгляда придерживается и *Nepveu*[1]), онъ прежде всего совѣтуетъ, резецировать, лишь истощивъ всѣ средства предоставляемыя консервативнымъ лѣченіемъ: сочетаніе которыхъ даетъ прекрасные результаты во всѣхъ случаяхъ, когда конституція больнаго не позволяетъ прибѣгнуть къ хирургическому вмѣшательству. Консервативное лѣченіе безъ всякаго сомнѣнія можетъ быть поставлено на ряду съ резекціями, даже когда послѣднія повидимому законно показаны.

У проф. *Verneuil'a*, говоритъ далѣе, *Nepveu* консервативное лѣченіе въ большой чести.

Обыкновеннымъ правиломъ является оперировать, лишь при послѣдней крайности и поэтому онъ рѣдко находитъ поводы къ операціи. Безопасность операціи, быстрота послѣдовательнаго лѣченія при новыхъ способахъ перевязки, не должна быть аргументами для того, чтобы, во что бы то ни стало, предпринимать операціи.

Jaffè, (l. c. стр. 448) разбирая методы лѣченія туберкулеза, указываетъ на важное вліяніе общаго состоянія на исходъ резекцій. При здоровыхъ внутреннихъ органахъ у молодыхъ субъектовъ, радикальное удаленіе туберкулезныхъ очаговъ (резекція, evidement, выскабливаніе) представляетъ всѣ шансы къ успѣху—окончательному излѣченію. Если же легкія, или другіе внутренніе органы, въ особенности же сосѣднія лимфатическія железы, поражены, то

---

[1]) Contribution à la résection pathologique du poignet. Revue de chir. 1883, стр. 329.

даже въ дѣтскомъ возрастѣ резекція даетъ лишь сомнительные результуты.

У взрослыхъ же ампутація является здѣсь на первомъ планѣ, какъ, операція, дающая самые лучшіе исходы, вслѣдствіе полнаго удаленія всего больнаго очага.

Рѣзче всего высказался противъ увлеченія резекціями König на XIII конгрессѣ германскихъ хирурговъ въ 1884 [1]) году. На основаніи наблюдавшихся фактовъ онъ заключаетъ, что общее зараженіе наступаетъ чаще всего у больныхъ, съ нагноившимся или казерозно перерожденными фунгозными массами,—являющимися поводомъ къ оперативному вмѣшательству. Въ цѣломъ ряду оперированныхъ случаевъ, онъ наблюдалъ развитіе общаго туберкулеза, какъ непосредственнаго, или посредственнаго результата операціи. Факты эти привели König'a къ убѣжденію, что существуетъ прививка туберкулеза (Jmpftuberkulose, autoinoculation французскихъ авторовъ). Случаи авторовъ могутъ быть раздѣлены на 2 группы: или 1) у оперированныхъ (какъ и у привитыхъ животныхъ) въ концѣ первой, или началѣ второй недѣли послѣ операціи, наступаютъ явленія общей инфекціи и они погибаютъ на 3-й или 4-й недѣлѣ; или же. 2) Операція не ведетъ къ быстрому выздоровленію, но вмѣстѣ съ нагноеніемъ наступаетъ и рецидивъ туберкулеза. Для остановки нагноенія хирургъ прилагаетъ всевозможныя мѣры и попытки его ведутъ, раньше или позже, къ общему зараженію. Принимая во вниманіе все вышеизложенное, мы должны обращать все наше вниманіе на рѣшеніе вопроса: слѣдуетъ ли оперировать или воздержаться отъ операціи? такъ какъ, можетъ статься, мы путемъ операціи заражаемъ туберкулезомъ большее количество больныхъ, чѣмъ спасаемъ ихъ отъ туберкулеза.

Тотъ же выводъ онъ повторилъ нѣсколько другими словами и въ «Бугорчаткѣ костей и составовъ (l. c. стр. 87) высказывая положенія, что при бугорчаткѣ костей и составовъ операція должна быть предпринимаема исключительно на основаніи мѣстнаго стра-

---

[1]) *F. König* Welchen Einfluss soll die aus einem lokalen Herd erwachsende Gefahr von allgemeiner Miliartuberculose auf die Frage der operativen Behandlung dieses Herdes haben. Verhandlungen des XIII Konregs in Centrlbl. f. Chirurg, 1884 № 23.

данія, а не въ виду проистекающей изъ мѣстнаго зараженія, опасности общаго процесса. Показанія же для операціи онъ ставитъ слѣдующія: тяжелые костные процессы, сопровождающіеся болью и нагноеніемъ, крупныя гнѣзда вблизи составовъ, или въ нихъ самихъ, нагноеніе при гноевикахъ составовъ, бугорчатной эмпіемѣ ихъ, долговременно существующіе, гноящіеся свищи, сопровождающіеся явленіями указывающими на разрушеніе состава (самобытный вывихъ). Далѣе онъ сюда же причисляетъ крупные холодные гноевики состава, тяжелыя фунгозныя пораженія съ наклонностью къ творожепію и наконецъ уродливое заживленіе бугорчатныхъ составовъ. Такой взглядъ Köпіg'a нашелъ много горячихъ послѣдователей.

Такъ, *A. Bidder* [1]), говоритъ. «Принявъ раньше консервативный методъ мы узнали, что самостоятельное исцѣленіе въ теченіи сроковъ, которые заранѣе вычислить мы не можемъ, въ большинствѣ случаевъ даетъ неблагопріятные, въ другихъ же благопріятные исходы, что зависитъ, какъ отъ вида пораженныхъ сочлененій, конституціи и возраста больного, такъ и отъ множества другихъ условій, опредѣлить которыя мы не въ силахъ. Часто за туберкулезное пораженіе состава принимаютъ периартикулярные туберкулезныя гнѣзда, которыя иногда, по счастливой случайности, вскрываются наружу, причемъ составъ остается непораженнымъ и дѣятельность его впослѣдствіи возвратиться вполнѣ. Но мы не имѣемъ права говорить здѣсь объ излѣченіи туберкулеза состава, такъ какъ на самомъ дѣлѣ здѣсь было только пораженіе сосѣднихъ съ составомъ костей.

Мы пришли къ убѣжденію, что настоящій туберкулезъ большихъ составовъ, т. е. процессъ захватившей составную полость и имѣющій наклонность къ дальнѣйшему распространенію и зараженію всего организма, если и излѣчивается подъ вліяніемъ счастливаго стеченія обстоятельствъ, то не иначе, какъ оставляя послѣ себя замѣтное нарушеніе функцій члена и постоянную опасность для организма, все равно произойдетъ ли исцѣленіе безъ вскрытія, или со вскрытіемъ состава и инкансулированіемъ туберкулезныхъ продуктовъ.

По нашему мнѣнію, старый споръ о предоставленіи исключительнаго предпочтенія консервативному или оперативному методу

---

1) Ueber zuwartende und thätigeingreifende Behandlungsweisen Gelenktuberculose. Deutsche Zeit. für Chirurg. 1885 г. XXI, стр. 80—117.

леченія, долженъ быть оставленъ, тѣмъ болѣе въ настоящее время, когда мы, исходя изъ точки зрѣнія Koch'а, видимъ причину туберкулеза вообще и туберкулеза составовъ въ частности, въ проникновеніи бациллъ въ организмъ. Резекціи должны и будутъ всегда производиться, до тѣхъ поръ, пока мы будемъ исходить изъ положенія, что природа, при своемъ стремленіи къ самоисцѣленію, стремится разрушить и по возможности выдѣлить, путемъ обмѣна веществъ, туберкулезныя ткани, стремясь при этомъ къ сохраненію конечности. Благодаря громадному значенію общаго и профилактическаго лѣченія, по моему мнѣнію лѣченіе туберкулеза составовъ всецѣло лежитъ въ области терапіи. Разъ болѣзнь представляетъ ясно видные симптомы (manifest geworden) то даже и въ рукахъ самаго лучшаго хирурга, исходъ ея становится сомнительнымъ, на продолжительное время.

Выводы *König'а* и *Bidder'а* подтвердились и рядомъ работъ французскихъ хирурговъ: такъ *Paul Coudray* [1]), настаиваетъ на томъ, что никогда не должно забывать о природномъ стремленіи къ самоисцѣленію, являющемся лишь въ видѣ исключенія у госпитальныхъ больныхъ и напротивъ очень часто, у внѣ госпитальныхъ и поэтому должно оперировать лишь тогда, когда туберкулезное страданіе не обнаруживаетъ наклонности къ самоисцѣленію. Пораженія внутреннихъ органовъ, являющіяся противупоказаніемъ къ оперативному вмѣшательству слѣдующія:

1) Значительное и скоротечное пораженіе легкихъ.

2) Пораженіе мочеваго аппарата (альбуминурія).

3) Кахексія (поносы, быстрое исхуданіе).

Авторъ возстаетъ противъ резекцій и стоитъ за ампутаціи, говоря, что нужно удалять туберкулезные очаги не тогда, когда они станутъ причиною истощенія, но раньше чѣмъ они его вызовутъ *L. Petitot* въ своей диссертаціи [2]) приводитъ слѣдующія противопоказанія для операціи.

1) Интенсивное, острое теченіе легочныхъ пораженій.

2) Поверхностно лежащіе, небольшіе, ограниченные очаги.

---

[1]) Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisationes externes de la tuberculose. Thèse de Paris. 1887 г.

[2]) De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe Thèse de Paris 1884, стр. 165.

Показанія же слѣдующи: страданіе, не обнаруживающее наклонности къ обратному метаморфозу, или нагнаивающееся. Туберкулезные очаги костей должно выскабливать, когда величина ихъ этого требуетъ, а мѣстоположеніе дѣлаетъ возможнымъ.

Показанія же къ резекціи составныхъ поверхностей зависятъ отъ общаго состоянія и величины пораженныхъ частей. При значительномъ распространеніи пораженія костей нужно прибѣгнуть къ ампутаціи. Авторъ заканчиваетъ свои положенія тѣмъ, что хирургическое вмѣшательство имѣетъ цѣлью разрушеніе мѣстнаго очага, оно можетъ претендовать на остановку легочнаго туберкулеза лишь въ томъ смыслѣ, что увеличиваетъ сопротивляемость организма и уничтожаетъ очагъ, могущій посылать въ легкіе новые зародыши зараженія.

Къ тѣмъ же выводамъ пришелъ и *Schurrer* [1]). Такъ какъ переферическіе очаги бугорчатки могутъ всегда явиться исходной точкой бугорчатки легкихъ или мозговыхъ оболочекъ, то является показаніе къ возможно раннему разрушенію всякаго туберкулезнаго очага, не обнаруживающаго наклонности къ самостоятельному заживленію. Пораженіе легкихъ вслѣдъ за операціей въ большинствѣ случаевъ, не можетъ быть приписано ни аутоинокуляціи, во время операціи, ни оперативному травматизму, ни закрытію благодѣтельной фонтанели (émanctoire salutaire).

M. Mabout [2]), разсмотрѣвъ оба существующіе взгляда, одинъ за возможно раннее оперативное вмѣшательство, другой почти за полное невмѣшательство, высказывается, что пока еще нельзя формулировать на этотъ счетъ никакихъ опредѣленныхъ правилъ и приходитъ къ слѣд. выводамъ:

1) Легочныя пораженія не составляютъ противупоказанія для ампутаціи конечности, пораженной бѣлой опухолью, угрожающей жизни больного.

2) Операція можетъ задержать развитіе туберкулеза внутреннихъ органовъ.

---

1) De l'influence de l'intervention opératoire sur le développement et la marche de la tuberculose pulmonaire. Revue de Chirurg. 1885, стр. 854.

2) Contribution à l'étude des élements de prognostic et de determination réperatoire chez les tuberculeux. Revue de Chirurg. 1886, стр. 253.

3) Если этотъ результатъ и не достигается, то все-таки уничтожая источникъ страданія мы улучшаемъ состояніе больного.

Сообщеніе *Mabout* вызвало оживленный обмѣнъ мыслей въ засѣданіи Парижскаго хирургическаго общества, въ которомъ оно было доложено, причемъ *Verneuil* [1]) высказался за раннія операціи, говоря, что пока составъ цѣлъ, нужно примѣнять покойное положеніе, отвлекающія и т. д., но разъ появились свищи, нечего колебатся и медлить съ ампутаціей, такъ какъ частичныя операціи чаще располагаютъ къ пораженіямъ внутреннихъ органовъ. *Verneuil* настаиваетъ на необходимости переѣзда больныхъ, страдающихъ хирургическими формами бугорчатки въ болѣе здоровыя мѣстности. Всегда послѣ операціи онъ назначаетъ внутрь іодоформъ по 0,05 grms въ день, что и составляетъ внутреннее послѣопераціонное лѣченіе.

Trélat [2]) же напротивъ думаетъ, что частичныя операціи настолько же предохраняютъ отъ общаго зараженія, какъ и ампутаціи, лишь бы было удалено все больное. Все затрудненіе заключается въ опредѣленіи числа и мѣста туберкулезныхъ очаговъ.

Schmidt Monard [3]), на основаніи благопріятныхъ результатовъ 38 случаевъ резекціи костей стопы, стоитъ горячо за эту операцію и полагаетъ, что слѣдуетъ резецировать всякій разъ, какъ только короткое, но энергическое, консервативное лѣченіе окажется безплоднымъ.

Что же касается консервативнаго лѣченія, то, по заключенію этого автора, оно даетъ благопріятные результаты, лишь въ случаѣ страданія составовъ, не продолжавшагося долгое время и протекавшаго безъ осложненій; случаи же протекавшіе болѣе одного года, или осложненные остались не вылѣченными. Случаи съ составными нарывами, или свищами, почти всѣ окончились смертельно по истеченіи года. Консервативный методъ даетъ гораздо меньше подвижныхъ и годныхъ сочлененій чѣмъ резекція (на стопѣ).

Pilcher [4]) находитъ, что при туберкулезѣ костей и сочлене-

---

[1]) Sociéte de Chirurgie. Revue de Chirurg. 1886, стр. 253.

[2]) Association française pour l'avencement de sciences, congrese 1888 г.

[3]) Ueber Pathologie und Prognose der Gelenktuberculose, in besondere des Fusses. Centr. blatt f. Chirurg. 1888.

[4]) Note on amputations for joint diseases, when lung tuberculosis coexists. Annales of surgery. T. V, стр. 101. 1887.

ній возможность самостоятельнаго исцѣленія у дѣтей больше, чѣмъ у взрослыхъ, такъ какъ пораженіе легкихъ, сопутствуетъ этимъ страданіямъ чаще у взрослыхъ, поэтому и всѣ операціи, не удаляющія радикально пораженныхъ частей (дренажи, промывка полостей, évidement, частичная резекція) даютъ у нихъ худшій прогнозъ чѣмъ у дѣтей. Радикальныя операціи у взрослыхъ показуются въ болѣе раннемъ періодѣ чѣмъ у дѣтей.

Если есть основаніе предполагать, что, предпринятой операціей мы не въ состояніи удалить всѣ пораженныя ткани, то, при существующемъ пораженіи легкаго, должно быть отдано предпочтеніе ампутаціи передъ консервативнымъ методомъ.

Sprengel [1]) сдѣлавши обзоръ лѣченія туберкулеза костей морскими ваннами, впрыскиваніемъ фосфорно кислой извести, игнипунктурой; переходитъ къ резекціямъ и считаетъ ихъ при кокситѣ весьма опасными, такъ какъ дѣти почти всегда погибаютъ отъ скоротечнаго туберкулезнаго менингита.

Что же касается другихъ локализацій процесса, то при нихъ оперативное вмѣшательство является почти невиннымъ. Такъ локоть даетъ почти 88% выздоровленій, колѣно 33%, но при условіи ранняго вмѣшательства. Другое условіе успѣха заключается въ самой операціи, для того чтобы дать хорошіе результаты, она должна быть радикальной.

Вотъ почему теперь получаются лучшіе результаты, чѣмъ прежде. Но, не смотря на эти успѣхи оперативнаго лѣченія, должно ли отдать предпочтеніе оперативному методу лѣченія передъ консервативнымъ? Отвѣтъ труденъ вслѣдствіе полнаго отсутствія статистики. Резецировать слишкомъ рано, для того что бы избѣгнуть общаго зараженія, составляетъ безполезное усиліе, такъ какъ костный туберкулезъ имѣетъ только одинъ путь для распространеній—кровь. Но ненадобно трогать натечныхъ абцессовъ и нужно, по возможности, избѣгать ихъ вскрытія, такъ какъ излѣченіе ихъ возможно лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда можно выскоблить костный очагъ.

---

[1]) Съѣздъ германскихъ Естествоиспытателей и Врачей въ Кельнѣ въ 1888 г. Sémeine Medic. 1888, стр. 411. Сравненіе методовъ лѣченія туберкулеза костей.

Частичное или полное **вырѣзываніе составной синовіальной оболочки—артректомія** было предложено еще въ 1877 году на VI конгрессѣ Германскихъ хирурговъ *König*'омъ и *Volkmann*'омъ [1]), сначала лишь для колѣннаго сочлененія, представляющаго столько мѣшковъ и углубленій, въ которыхъ легко могутъ оставаться фунгозныя массы, являющіеся впослѣдствіи источникомъ рецедивовъ. По этому *König* предлагалъ экстрипировать верхне-переднее выпячиваніе синовіальной оболочки. *Volkmann* же, идя логическимъ путемъ, распространилъ этотъ методъ и на всю синовіальную оболочку. Въ подтвержденіе своего мнѣнія онъ приводитъ 2 собственныхъ случая, съ удовлетворительнымъ исходомъ, а равно случаи пораженія одной синовіальной—безъ пораженія составныхъ концевъ костей. Проводя свою идею, онъ предложилъ при артректоміи колѣна [2]) поперечный распилъ patellae съ послѣдующимъ сшиваніемъ половинокъ кэтгутомъ. Эту операцію онъ считаетъ спеціально показанной при такъ наз. случаяхъ fungi articuli старыхъ авторовъ, когда составная капсула, связки и паросиновіальная ткань превратились на толщину $^1/_2$—$^3/_4$'' въ глубину въ гранулирующую, гелатинозную массу, а составъ представляется въ видѣ шара или веретенообразной тѣстоватой или ложно флуктуирующей опухоли.

Примѣръ этихъ двухъ выдающихся хирурговъ конечно нашелъ массу послѣдователей и артректомія скоро сталаодной изъ частыхъ операцій при туберкулезѣ составовъ, давая весьма удовлетворительные результаты и ограничивая такимъ образомъ число типическихъ резекцій.

Такимъ образомъ *Angerer* [3]) являясь противникомъ выжидательнаго лѣченія, совѣтуетъ артректомію по возможности раньше, когда еще нѣтъ пораженія внутреннихъ органовъ. Случаи же самостоятельнаго исцѣленія онъ считаетъ исключеніемъ. Многіе изъ такихъ успѣховъ—только кажущіеся и послѣ весьма посредственныхъ результатовъ наступаютъ рецидивы, въ то время, какъ во время сдѣланная операція ведетъ къ вѣрному и быстрому выздоровленію съ сохраненіемъ функцій члена. Свое мнѣ-

---

[1]) *König*. Die Extirpation des oberen Recessus des Kniegelenk's. Verh. d. Deutschen Gesell. f. Chirurg. VI Congresse и *Volkmann*. Ueber die Resection des Kniegelenks, mit totaler Extirpation der Kapsel, тамъ же.

[2]) Die Arthrektomie am Knie. Centralblatt f. Chirurg. 1885, стр. 137.

[3]) Ueber Gelenktuberculose. Münchener Medicin. Wochen. 1888, № 26, реф. въ Centralblatt f. Chirurg. 1888, стр. 819.

ніе онъ подтверждаетъ результатами 24 артректомій у дѣтей (моложе 14 лѣтъ) въ которыхъ онъ наблюдалъ всего 2 рецидива. Продолжительность болѣзни до операціи колебалась между 3 мѣсяцами—и 6 годами. У 3-хъ возстановилась полная подвижность состава, у остальныхъ прочный анкилозъ или ограниченная подвижность.

Д-ръ *Just Lucas Championnière* произвелъ обширныя резекціи съ полнымъ успѣхомъ у взрослыхъ; одинъ разъ вслѣдствіи arthritis deformans, остальные же (10) вслѣдствіе туберкулеза, съ полнымъ отсутствіемъ рецидивовъ втеченіи годичнаго срока. Не только не наблюдалось развитія общаго туберкулеза, но во многихъ случаяхъ произошло значительное улучшеніе общаго состоянія больныхъ. Вообще автору ни разу не пришлось наблюдать, вскорѣ послѣ резекціи, развитія явленій общаго туберкулеза, послѣ же ампутацій это наблюдалось, хотя онъ и не приписываетъ этому наблюденію особеннаго значенія. У дѣтей онъ не совѣтуетъ оперировать, такъ какъ, вслѣдствіи удаленія эпифизовъ, ростъ костей останавливается и получается укороченіе конечностей.

Послѣ 40 лѣтняго возраста надобно тщательно взвѣшивать данный случай, принимая во вниманіе продолжительное время, проведенное въ постелѣ, плохо переносимое больными и необходимое для образованія мозоли. Общій туберкулезъ не служитъ противо-показаніемъ, такъ какъ хорошо произведенная резекція, уменьшаетъ вѣроятность ухудшенія процесса а не увеличиваетъ ее. Резецировать же нужно только тогда, когда консервативная терапія (les traitements, dits de douceur) осталась безъ успѣха, когда цѣлость состава настолько нарушена, что нѣтъ болѣе шансовъ возстановить пригодность конечности. Поступая такимъ образомъ, можетъ быть и придется резецировать такихъ, у которыхъ, строго говоря, впослѣдствіи могъ бы развиться анкилозъ, но большинство такихъ случаевъ не излѣчимо и поступая такъ, мы уменьшаемъ возможность заболѣванія общимъ туберкулезомъ. Но когда бѣлая опухоль не уступила методическому лѣченію, то не нужно откладывать резекцій до того періода, когда мы обыкновенно примѣняемъ ампутацію.

Резекція настоятельно показана:

[1]) Résection du genou, serie de onze cas de guerison. Revue de Chirurg. 1887 г.

Во 1-хъ, при чрезмѣрномъ развитіи фунгозныхъ разрощеній, когда оно такъ велико, что не оставляетъ надежды на возстановленіе состава, а изъязвленіе прогрессируетъ.

Во 2-хъ, при боляхъ, локализирующихся въ периферіи, не слишкомъ еще измѣненнаго колѣна, дѣлающихъ ходьбу невозможной и почти навѣрное, указывающихъ на развитіе костно-туберкулезныхъ очаговъ, которые, неуступая никакому лѣченію, вызываютъ нагноеніе, образованіе абсцессовъ, свищей и секвестровъ. Я еще ни разу не пожалѣлъ, говоритъ авторъ, изслѣдуя вырѣзанные куски, о томъ, что резецировалъ, и почти всегда находилъ разрушеніе болѣе обширными, чѣмъ раньше ожидалъ.

Mac Ardle[1]) сообщаетъ результаты оперативнаго лѣченія 41 случая мѣстнаго туберкулеза—изъ нихъ въ 10 случаяхъ былъ чисто-синовіяльный, 20 было настоящихъ костныхъ, преимущественно периартикулярныхъ или ограниченныхъ артикулярныхъ пораженій. Изъ этаго 41 случая, въ 37 наступило полное выздоровленіе. Авторъ настаиваетъ на необходимости возможно ранняго удаленія казеозныхъ очаговъ долотомъ и ножемъ, въ особенности внутри костныхъ формъ. Здѣсь онъ примѣняетъ трефинацію кости, въ особенности когда свищевой ходъ извилистъ и положеніе кости благопріятно для дренированія.

Во многихъ случаяхъ онъ примѣнялъ артректомію и даетъ правила для ея производства, но полагаетъ, что еще не наступило время для окончательнаго рѣшенія вопроса.

Zoege Manteuffel указываетъ, что изъ 55 больныхъ (изъ нихъ 4 дѣтей) наблюдавшихся втеченіи 10 лѣтъ въ дерптской клиникѣ, было только 2, у которыхъ навѣрное можно было опредѣлить, что страданіе началось пораженіемъ составно-синовіальной оболочки. Принимая, что костныя формы возникаютъ чаще всего вслѣдствіи эмболіи, т. е. что туберкулезный ядъ уже существуетъ въ организмѣ, въ легкихъ или железахъ, не можетъ быть и рѣчи о радикальномъ исцѣленіи туберкулеза одной резекціи состава. Это и подтверждается клиническимъ опытомъ—процентомъ больныхъ, умер-

---

[1]) The traitement of tuberculosis in and near joints. Britsch Med. Journal 1889 стр. 247.

[2]) Ueber die Behandlung fungösen Kniegelenkentzündungen mittelst Resection, Deutssche Zeitsch. für Chirurg. 1889. XXIX 2, стр. 113.

шихъ впослѣдствіи отъ туберкулеза. Но все таки можно ожидать пользы отъ резекцій, во, первыхъ, вслѣдствіе удаленія очаговъ туберкулеза; во 2-хъ давая возможность больному пользоваться движеніемъ и свѣжимъ воздухомъ. Умерло изъ 55 резецированныхъ 6=11°/о изъ нихъ отъ туберкулеза 3. У 47 оставшихся, излѣченіе наступило въ промежутокъ времени отъ 8 до 24 мѣсяцевъ.

Приведя такимъ образомъ рядъ показаній для резекцій, посмотримъ какіе можно сдѣлать *упреки этому методу и какія существуютъ противопоказанія.*

Профессоръ *Подрезъ* (l. с. стр. 90) говоритъ слѣд.: «цѣлый рядъ упрековъ, посылаемыхъ по адресу оперативнаго способа лѣченія, составляетъ главную причину, почему этотъ методъ не получаетъ должнаго распространенія среди хирурговъ. Упреки эти сводятся къ 3 главнымъ пунктамъ:

1) Высокій процентъ смертности при резекціяхъ туберкулезныхъ составовъ,

2) Частые рецедивы и генерализація туберкулеза, непосредственно послѣ резекціи, или въ близкомъ будущемъ.

3) Плохой функціональный результатъ оперированной конечности».

Онъ думаетъ, на основаніи личныхъ наблюденій и результатовъ, обнародованныхъ въ послѣдніе годы, что процентъ смертности при оперативномъ лѣченіи туберкулеза составовъ еще не дошелъ до своего minimum'а и что, со временемъ, можно надѣяться что онъ сдѣлается совершенно ничтожнымъ.

Причины же смерти послѣ операціи могутъ быть слѣд.:

1) Случайныя: шокъ, отравленіе перевязочными средствами (2°/о по Margary—Mott).

2) Отъ осложненій операціи—септическое отравленіе—13—15°/$_0$.

3) Послѣдствія длительнаго костнаго нагноенія — амилоидъ паренхиматозныхъ органовъ и истощенія. По Albrecht'у отъ амилоида 10°/$_0$, отъ истощенія 17°/$_0$, итого 27°/$_0$.

3) Смерть отъ общаго туберкулеза. (Wartmann около 12°/$_0$.) Личное мнѣніе проф. Подреза таково:

1) Что процентъ, погибающихъ отъ общаго туберкулеза, при бугорчатомъ пораженіи составовъ весьма великъ; при консервативномъ лѣченіи онъ около 27°/о и нѣсколько меньше при оперативномъ—20°/о.

2) Что процентъ смертности, подчиняясь влiянiю усовершенствованiя нашей оперативной помощи, постепенно падаетъ и можно надѣяться, что современемъ онъ можетъ быть низведенъ до минимума, если измѣнятся взгляды хирурговъ на показанiя къ оперативному лѣченiю и особенно на время, когда надо приступать къ операцiи. Слѣдуетъ оперировать въ возможно раннемъ перiодѣ болѣзни, до нагноенiя въ суставѣ, когда, процессъ еще локализированъ.

Рецидивовъ послѣ операцiй бываетъ до $20^{0}/_{0}$. Если разбирать условiя нарушенiя роста конечности при выжидательномъ и оперативномъ лѣченiи туберкулезныхъ суставовъ, то едва-ли можно сомнѣваться въ томъ, что бо́льшая задержка въ ростѣ должна быть на сторонѣ консервативнаго лѣченiя, ибо ему способствуетъ длительное болѣзненное состоянiе организма.

Наблюденiя краснорѣчиво говорятъ, что при выжидательномъ лѣченiи случается наблюдать такiя укороченiя конечностей, которыя соотвѣтствуютъ резекцiямъ, съ удаленiемъ обоихъ эпифизарныхъ линiй, а между тѣмъ не было полнаго разрушенiя эпифизовъ».

Разсмотримъ теперь нѣкоторые изъ упрековъ, служащихъ вмѣстѣ съ тѣмъ противупоказанiемъ для резекцiи, именно относительно функцiональныхъ результатовъ.

а) **Удлиненiе и укороченiе конечности**. Укороченiе конечности будетъ находиться въ зависимости отъ двухъ условiй. Во-первыхъ: отъ величины удаленнаго куска кости и мѣста его въ скелетѣ; во-вторыхъ, отъ того, въ какомъ возрастѣ произошло удаленiе—тогда ли, когда кость еще ростетъ, или когда уже ростъ ея закончился.

Какъ извѣстно, ростъ кости въ длину происходитъ насчетъ эпифизарныхъ хрящей и для различныхъ костей онъ прекращается въ различное время.

Ollier произвелъ опыты съ цѣлью изслѣдованiя влiянiя удаленiя различныхъ частей кости на ростъ ея [1]). Въ своихъ опытахъ на кроликахъ, онъ удалялъ сочленовные хрящи, весь эпифизъ, соединительные (возлѣ эпифизарные), хрящи, возлѣ эпифизарную, или центральную часть дiафиза и во всѣхъ случаяхъ находилъ большую или меньшую остановку (черезъ $2^{1}/_{2}$—4 мѣс.) въ ростѣ кости. Отсюда онъ заключаетъ, что всякая резекцiя въ сосѣдствѣ

[1]) *Ollier*. Traité de la régénération des os. Vol. I, стр. 398.

эпифизарнаго хряща, вліяя на его пролифераціонную дѣятельность, замедляетъ ростъ кости, и полное удаленіе этихъ хрящей ведетъ за собой остановку роста кости въ длину.

Клиническій опытъ привелъ *Ollier* къ подобнымъ же выводамъ. Говоря о резекціи локтя (l. c. Rev. Chir. 82, стр. 724), указываетъ, что никогда нельзя надѣяться на то, чтобы послѣ полной резекціи большаго сочлененія существовала одинаковая длина здоровой и резецированной конечностей и не слѣдуетъ довѣрять наблюденіямъ о такой одинаковой длинѣ. Если даже у резецированнаго молодаго животнаго, кость въ данное время и будетъ приблизительно одинаковой длины, то впослѣдствіи она все-таки отстанетъ въ ростѣ, благодаря разрушенію соединительнаго хряща интраэпифизарной резекціей.

Вопросъ объ измѣненіи длины пораженныхъ патологическимъ процессомъ костей, въ связи съ контрактурой сочлененія, былъ подвергнутъ тщательному разбору *Willemer*'омъ (l. c. D. Z. f. Chir., T. XIX, стр. 287, 1885). Одни авторы (*König*, *Wolf*) приводитъ, какъ главную причину укороченій бездѣятельность конечности, обусловливающей атрофію ея (Inactivitäts Atrophie), но ею нельзя объяснить всѣхъ явленій и поэтому *Wolf* допускаетъ еще существованіе неврита, вслѣдствіе страданія состава, обусловливающаго наступленіе трофическихъ разстройствъ въ данномъ членѣ. *Willemer*, не разбирая насколько *Wolf* правъ, замѣчаетъ, что послѣдній все-таки доказалъ, что одного разстройства въ ростѣ пораженнаго хряща недостаточно, для объясненія укороченія конечности. Подобныя укороченія наблюдаемы и въ нерезецированныхъ случаяхъ (l. c., стр. 286), говорятъ въ особенности въ пользу этого положенія.

По мнѣнію *Willemer'a*, сильная сгибательная контрактура, наблюдаемая послѣ резекціи, должна быть поставлена въ ряду моментовъ, обнаруживающихъ вредное вліяніе на условія питанія, измѣняя кровообращеніе. Въ подтвержденіе этого, можно привести простой опытъ—уменьшенія кровонаполненія голени, послѣ сильнаго сгибанія колѣна. При такой сильной контрактурѣ, вмѣстѣ съ тѣмъ и исчезаетъ давленіе эпифизовъ сосѣднихъ костей другъ на друга, распространяющееся на всю кость и составляющее, по мнѣнію

Henke необходимое условіе для роста костей; что же касается нерезецированныхъ случаевъ, то здѣсь очевидно туберкулезныя гнѣзда, располагаясь въ глубинѣ эпифизовъ, поражали эпифизарные хрящи.

Удлинненіе больныхъ конечностей наблюдается рѣдко и въ случаяхъ Willemer'а (4) оно распространялось на бедро. Всѣ эти случаи наблюдались у дѣтей, отъ 4-хъ до 9-ти-лѣтняго возраста, величина же удлинненія была равна 2—3 сантим. Объясняется это явленіе тѣмъ, что близкое сосѣдство туберкулезныхъ очаговъ, вызываетъ въ эпифизарныхъ хрящахъ усиленную дѣятельность, результатомъ которой является усиленный ростъ хряща и слѣдовательно удлинненіе кости.

Что касается вопроса о томъ, когда укороченіе ноги сильнѣе при резекціяхъ, или консервативномъ методѣ, то статья *Willemer'a* не даетъ намъ опредѣленнаго отвѣта, такъ какъ при томъ и другомъ методахъ лѣченія получались почти одинаковыя степени укороченій—отъ 1 до 11 сантм. Такой же результатъ получается и относительно удлиненія. Профессоръ *Подрезъ* и *Ollier*, какъ мы видѣли выше (стр. 102) считаютъ, что при экономическихъ резекціяхъ укороченіе будетъ значительно меньше, чѣмъ при консервативномъ лѣченіи.

Но если мы внимательно разсмотримъ таблицу профессора Подреза,—результатовъ резекціи тазобедреннаго состава, то увидимъ, что въ большинствѣ случаевъ существуетъ укороченіе отъ 1 до 5 cmt.—результатъ, повидимому, прекрасный, но его больные находятся еще въ періодѣ роста костей (самому старшему изъ нихъ 19 лѣтъ), а большая половина—дѣти до 10-ти-лѣтняго возраста; затѣмъ у больныхъ отмѣчено состояніе, въ которомъ они выписались изъ клиники, время же послѣдовательнаго наблюденія—было не больше трехъ лѣтъ, а слѣдовательно, должно ожидать, что неизбѣжно, при дальнѣйшемъ ростѣ костей, наступитъ болѣе значительная разница въ длинѣ резецированной и здоровой конечности и результаты будутъ совсѣмъ иные, чѣмъ во время выписки изъ клиники. Еще худшіе результаты приводитъ *Boeckel* на 1-мъ французскомъ конгрессѣ 1885 г. [1]), желая ими доказать, что укороченіе незна-

[1]) De la résection de la hanche dans la coxalgie infantile. Congrès Français de Chir. 1886, стр. 450.

чительно. Результаты его, доказывающіе совершенно противное, тѣмъ болѣе цѣнны, что наблюденіе производилось значительное время послѣ операціи, отъ 2-хъ до 12-ти лѣтъ. Всѣ 14 больныхъ были резецированы въ возрастѣ отъ 3-хъ до 14-ти лѣтъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда ихъ наблюдали черезъ два года укороченіе было отъ 2 до 6 cmt., черезъ 4—5 лѣтъ, отъ 5—10 cmt., черезъ 6—9, отъ 6 до 9 cmt., черезъ 12 лѣтъ—19 cmt. и лишь одинъ случай можетъ быть названъ дѣйствительно блестящимъ, такъ какъ черезъ 16 лѣтъ укороченіе было всего 3 cmt., но здѣсь была разсѣчена кость черезъ шейку бедра, т. е. большой вертѣлъ (удаленный въ большей части случаевъ) здѣсь остался пощаженнымъ. Почему *Boeckel* и настаиваетъ на необходимости сохраненія его, указанный уже *Volkmann*'омъ.

Къ такимъ же выводамъ о необходимости сохраненія эпифизарныхъ хрящей пришелъ и *Bidder* [1]), указывающій на необходимость сохраненія—и избѣжанія поврежденій, или удаленія промежуточныхъ хрящей при резекціи лучезапястнаго состава у дѣтей. При этомъ онъ совѣтуетъ надкостницу на дорсальной сторонѣ эпифиза луча удалять скребцомъ, оставляя ее въ связи съ надкостницей всей кости, чтобы обезпечить себя костеобразовательнымъ матеріаломъ.

На остановку роста кости при ультра эпифизарной резекціи указывалъ и Ollier (смотри выше стр. 90). *Dollinger* [2]) задавшись цѣлью изслѣдовать на сколько замедляется ростъ кости туберкулезнымъ процессомъ, произвелъ измѣренія у 41 больнаго, въ возрастѣ отъ 1 до 26 лѣтъ, страдавшихъ пораженіемъ колѣна. Каждый больной былъ измѣренъ 2 раза, причемъ промежутокъ отъ начала болѣзни до 1-го и 2 измѣренія опредѣленъ точно. На основаніи этого матеріяла, авторъ пришелъ къ слѣд. выводамъ. Ростъ конечности пріостанавливается замѣтнымъ образомъ по окончаніи воспалительныхъ явленій, когда вслѣдствіе развитія рубцевой ткани въ области сочлененія, облитерируются кровеносные сосуды, доставляющіе кровь для питанія эпифизарныхъ хрящей. Въ

[1]) *Bidder*. Ueber Resectionen des Handgelenkes und ihre Endresultalte Langenbeck's Archiv. T. XXVIII, стр. 827, 1883 г.

[2]) *Dollinger*. Das Zurückbleiben im Wachsthume der Kranken Exträmität bei tuberculoser Kniegelenkentzundung. Centralb. f. Chirurgie. 1888, стр. 827).

теченіи же воспалительнаго процесса можетъ произойти иногда и незначительное удлиненіе кости, на 1—1,5 cmt. Укороченіе не всегда находится въ прямой зависимости отъ продолжительностью процесса, и обусловливается главн. образомъ нарушеніемъ дѣятельности частей, отъ которыхъ зависитъ питаніе и ростъ эпифизарныхъ хрящей.

При выпрямленіи согнутой конечности и послѣдующемъ употребленіи ея, было замѣчено въ нѣкоторыхъ случаяхъ увеличеніе укороченія, но ни разу не было обратнаго явленія, т. е. ускоренія роста и уменьшенія разницы между больной и здоровой конечностями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, хотя конечность и росла, но разница въ длинѣ оставалась одинаковой.

Переходя къ практическимъ выводамъ, Dollinger указываетъ, что удаленіе эпифизарныхъ хрящей, при резекціи у дѣтей, неизбѣжно повлечетъ за собою укороченіе конечностей, которое во все время роста костей будетъ дѣлаться все болѣе и болѣе значительнымъ.

Newton Schaffer и *Robert Lovett* [1]), лѣчили кокситы исключительно консервативнымъ образомъ и констатировали укороченіе, которое будучи по ихъ словамъ, при выпискѣ изъ больницъ въ общей суммѣ *меньше, чѣмъ при резекціяхъ составовъ*, впослѣдствіи однако нѣсколько увеличивается.

Итакъ: укороченіе конечностей имѣетъ мѣсто, какъ при консервативномъ, такъ и при оперативномъ методѣ лѣченія. На вопросъ при какомъ изъ нихъ оно будетъ болѣе значительнымъ, мы должны на основаніи приведеннаго матеріяла отвѣтить, что *несомнѣнно при резекціяхъ, разрушающихъ эпифизарные хрящи.* Укажемъ здѣсь еще, что величина укороченія (имѣющая главнымъ образомъ значеніе на нижнихъ конечностяхъ) обусловливается, какъ возрастомъ больнаго, такъ и мѣстоположеніемъ туберкулезнаго очага. Она всегда будетъ больше у дѣтей, чѣмъ у взрослыхъ, caeteris paribus т, е. при одинаковомъ мѣсторасположеніи очаговъ (въ близи эпифизарныхъ хрящей) и относительно одинаковой величины ихъ. Затѣмъ уко-

[1]) *Newton Schaffer and Robert Lovett.* The ultime results on the mechanical treatement of hip joints diseases. New Jork. Med. Journ. XLV. стр. 561. реф. Centrbl. f. Chir. 1879, стр. 920).

роченіе будетъ тѣмъ больше; 1) чѣмъ болѣе продолжительное время тянется процессъ и слѣдовательно, чѣмъ большее количество необходимыхъ для роста хрящевыхъ элементовъ будетъ разрушено имъ; 2) чѣмъ сильнѣе болѣзненный процессъ или операція разрушили эпифизарный хрящъ, и здѣсь конечно типическая резекція дастъ гораздо худшіе результаты, чѣмъ консервативное лѣченіе.

b. Анкилозъ и подвижность. Что касается подвижности, resp. анкилоза, составовъ, то здѣсь резекціи, повидимому, имѣютъ очевидное преимущество передъ консервативнымъ методомъ. Резекція, въ особенности экономическая, при которой заботились о возможномъ сохраненіи составныхъ концовъ костей и послѣ которой были приняты всѣ мѣры, для возстановленія подвижности состава, должна дать несомнѣнно гораздо лучшіе результаты, чѣмъ консервативный методъ лѣченія, такъ какъ послѣдній заключается главнымъ образомъ въ томъ, чтобы предоставить конечности покой и удобное положеніе, во все долгое время, пока тянется процессъ.

Но продолжительно неупотребленіе члена ведетъ къ извѣстной жесткости, сухости составовъ (ridigitas), обусловливаетъ съ другой стороны атрофію мускулатуры и такимъ образомъ уменьшаетъ пригодность конечности къ движеніямъ. Всѣ эти непріятныя осложненія избѣгаются при помощи пассивной гимнастики, которую совѣтуютъ примѣнять послѣ резекціи, лишь только произойдетъ заживленіе кожной раны (т. е. дней черезъ 10—14). Съ другой стороны, придавая при болѣе обширныхъ резекціяхъ, послѣ удаленія составныхъ концовъ, соотвѣтственную форму концамъ резецированныхъ костей и оставляя сумку состава, мы помогаемъ образованію неартроза, приближающагося по своей формѣ къ бывшему и такимъ образомъ стараемся возстановить то, что мы удалили. Это выгода резекціи передъ консервативнымъ методомъ. Съ другой стороны, не слѣдуетъ забывать, что и при резекціи нѣкоторыхъ составовъ, какъ показалъ многолѣтній опытъ, для больнаго гораздо удобнѣе пользоваться прочно анкилозированнымъ (костный анкилозъ) составомъ, чѣмъ болтающимся, слабымъ. Поэтому напр. при резекціи колѣна, мы и не стремимся къ неартрозу, а предпочитаемъ прочный анкилозъ.

Такъ *Lossen* (l. c. стр. 354) думаетъ, что на колѣнѣ безусловно необходимо отказаться отъ подвижности и считаетъ анкилозы: плечеваго состава въ среднемъ положеніи между приведеніемъ

и отведеніемъ локтя подъ прямымъ угломъ и выпрямленной кисти удовлетворительными результатами. Но не думаю чтобы сторонники резекціи согласились съ нимъ и требованія эти въ настоящее время должны быть признаны слишкомъ скромными, такъ какъ нынѣшніе методы резекціи и послѣдовательнаго лѣченія позволяютъ расчитывать намъ на гораздо лучшіе результаты, чѣмъ получавшіяся при старыхъ методахъ резекціи и консервативнаго лѣченія.

Теперь возникаетъ вопросъ, какъ же часты эти хорошіе результаты, насколько неартрозы удовлетворяютъ своей цѣли, насколько они хороши, прочны и пригодны къ дальнѣйшей дѣятельности? Къ сожалѣнію, несмотря на всѣ усовершенствованія оперативнаго и послѣдовательнаго лѣченіе, мы должны признаться, что большая часть неартрозовъ мало пригодна, они недостаточно прочны, чтобы функціонировать вполнѣ хорошо, и потому, въ особенности на нижнихъ конечностяхъ, лучше для больнаго прочный анкилозъ, чѣмъ болтающійся составъ, требующій укрѣпленія при помощи аппаратовъ, туторовъ и т. п. Такъ, что въ концѣ концовъ должно признаться, что хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ и получаются блестящіе функціональные результаты резекціи, но въ общей массѣ консервативное лѣченіе даетъ болѣе прочные и надежные анкилозы.

Ампутація.

Ампутаціи являются ultimo refugio какъ оперативнаго, такъ и консервативнаго методовъ, такъ какъ примѣняются въ тѣхъ случаяхъ, когда оба они ни къ чему не привели и не остается никакой надежды на спасеніе конечности, а въ то же время существуютъ условія, заставляющія насъ поспѣшить съ избавленіемъ больнаго отъ болѣзненнаго очага.

Съ этими условіями-показаніями мы теперь и познакомимся.

König (Бугорч. Костей и Сост. l. c. стр. 90) ставитъ слѣд. показаніе для ампутаціи: «ампутація, говоритъ онъ, необходима въ томъ случаѣ, когда у пожилаго человѣка, страдающаго тяжелой бугорчаткой легкихъ, почекъ и т. д., присоединяется еще тяжелая бугорчатка костей и составовъ. Новичку кажется непостижимымъ, какъ послѣ подобной операціи, быстро и коренными образомъ уст-

раняющей бугорчатку составовъ, больные оправляются, какъ у нихъ затихаютъ даже припадки страданія внутреннихъ органовъ, улучшаются аппетитъ и питаніе. Дѣло въ томъ, что, будучи произведена въ здоровой ткани, безъ потери крови и съ антисептическими предосторожностями, ампутація является весьма легкимъ поврежденіемъ. Точно также, при тяжелой гнилостной бугорчаткѣ составовъ или при появленіи неврита, въ теченіе нагноенія въ составѣ, ампутація заслуживаетъ предпочтеніе предъ всѣми другими пріемами»

Въ томъ же смыслѣ высказываетея и *Leroux* [1]) въ своей диссертаціи и считая ампутаціи менѣе тяжелыми для организма, чѣмъ резекціи, даетъ первымъ предпочтеніе. Выводы его относятся (какъ указываетъ заглавіе его работы) къ чахоточнымъ т. е. къ случаямъ съ распространеннымъ пораженіемъ внутреннихъ органовъ.

Ollier, на IV конгрессѣ французскихъ хирурговъ (Revue de Chirurgie 1889 стр. 884), даетъ тѣже показанія. У больныхъ съ ясно выраженнымъ туберкулезомъ легкихъ, далѣе у лицъ старше 40 лѣтняго возраста, ампутація должна быть предпочтена резекціи. Но у молодыхъ лицъ, съ здоровыми легкими, консервативныя операціи даютъ настолько хорошіе результаты, что надобно всегда попытаться примѣнить ихъ.

На томъ же конгрессѣ *Schwartz* (ibid. стр. 893) тоже высказался въ пользу ампутаціи у чахоточныхъ, приведя 2 случая изъ своей практики, гдѣ ампутація буквально воскресила больныхъ. Всего же онъ ампутировалъ 20 разъ, не наблюдая ни разу осложненій при заживленіи ранъ. Изъ нихъ двое умерли отъ чахотки, а 1 отъ амилоида внутреннихъ органовъ.

C. Nelaton (l. c. стр. 171) въ тяжелыхъ случаяхъ страданій нижней конечности предпочитаетъ ампутаціи резекціямъ, при томъ условіи, что уже существуетъ пораженіе внутреннихъ органовъ.

Приблизительно такого же и мнѣніе *Schede* [2]), что хроническія нагноенія костей и составовъ чаще всего требуютъ ампутаціи, костоѣда же тазобедреннаго, плечеваго и локтеваго составовъ въ настоящее время почти исключительно пользуется резекціей и только самые трудные случаи подвергаются дѣйствію ампутаціоннаго ножа.

---

[1]) *Leroux*, Des amputations et des résections chez les phthisiques Thèse de Paris 1880, стр. 56.

[2]) *M. Schede* Ампутаціи и экзар икуляціи въ хирургіи Pitha и Billroth'a 1887, стр. 51.

Мнѣніе *Pilcher'a* приведено выше, на стр. 96.

Jaffe' (I. c. стр. 448) указалъ на преимущества ампутаціи предъ другими методами лѣченія, при туберкулезѣ внутреннихъ органовъ и лимфатическихъ железъ и не считаетъ общаго скрофулеза, туберкулеза и амилоида противопоказаніемъ для производства ампутаціи.

Проф. Боргнауптъ даетъ тѣже показанія (I. c. стр. 97): у взрослыхъ, особенно изнуренныхъ субъектовъ, страдающихъ къ тому же туберкулезнымъ пораженіемъ легкихъ или другихъ органовъ, резекція при страданіи голенностопнаго и кистеваго составовъ замѣняется ампутаціей.

Queirel (на IV конгрессѣ хирурговъ въ Парижѣ въ 1889 г.) настаивалъ на необходимости тщательнаго удаленія туберкулезныхъ очаговъ, для того, что бы остановить распространеніе микробовъ изъ очага и уничтожить послѣдній полагаетъ что у дѣтей оперативное вмѣшательство *должно быть по возможности ограничено*, что часто достаточно уже небольшой операціи, для полученія благопріятныхъ результатовъ. Напротивъ у взрослыхъ, наше вмѣшательство должно быть по возможности обширнымъ и не надобно колебаться ампутировать членъ, если пораженія его обширны. Хотя и нельзя отрицать въ иныхъ случаяхъ вреднаго вліянія операцій на ходъ легочнаго процесса, но оно встрѣчается не часто и не должно насъ удерживать отъ активнаго вмѣшательства.

Д-ръ Зеленковъ [1]), тоже указываетъ, что помощь оказываемая организму, посредствомъ резекцій, обыкновенно оказывается недостаточной, рана остается больной, и мѣстные возвраты или истощали больнаго, или заражали внутренніе органы. А между тѣмъ ампутація, примѣненная въ крайнихъ случаяхъ часто оказывается, кореннымъ средствомъ для спасенія больнаго.

И такъ всѣ авторы согласны относительно показаній къ ампутаціи при бугорчаткѣ и что бы, резюмировать мнѣніе ихъ я приведу слова. *Проф. Монастырскаго* (I. c. стр. 340) который говоритъ: если у больнаго поражены легкія и вы не увѣрены въ томъ, что съ помощью резекціи можно дѣйствительно удалить все заболѣвшее, въ такомъ случаѣ вступаетъ въ свои права ампутація и вы обязаны предложить ее больному. Ампутаціонная рана заживаетъ ко-

[1]) Къ оперативному лѣченію бугорчатки. Врачъ 1884. № 17.

нечно такъ же быстро и такъ же хорошо, какъ у других, не бугорчатыхъ субъектовъ. Возвратовъ въ культѣ нечего опасаться, даже при распространенной бугорчаткѣ легкихъ, если вы только оперировали въ здоровомъ. Въ противномъ случаѣ, въ ранѣ можетъ конечно получиться возвратъ, но таковой не имѣетъ никакого отношенія къ легочному процессу, а зависитъ всецѣло отъ того, что ампутація сдѣлана не такъ какъ слѣдуетъ быть. Послѣ удачной ампутаціи больные обыкновенно быстро поправляются и замѣтьте, легочный процессъ какъ бы пріостанавливается въ своемъ теченіи на болѣе или менѣе продолжительное время, но говорятъ что онъ можетъ и вовсе прекратиться.

Консервативное лѣченіе.

Консервативное лѣченіе, какъ показываетъ его названіе, основано на томъ, чтобы, не удаляя изъ организма заболѣвшихъ частей, а сохраняя ихъ, способствать живительной силѣ организма—vis medicatrix naturae древнихъ авторовъ, въ ея благодѣтельномъ стремленіи къ возстановленію нормальныхъ условій въ заболѣвшихъ частяхъ. Какъ мы выше видѣли (стр. 74), раньше оно отождествлялось съ экспектативнымъ, выжидательнымъ лѣченіемъ. Въ настоящее же время консервативное лѣченіе, обладая различными методами и средствами, несравненно вѣрнѣе ведетъ къ цѣли и даетъ конечно лучшіе результаты, чѣмъ экспектативное. Поэтому нельзя согласиться съ тѣмъ опредѣленіемъ которое *König* даетъ консерв. лѣченіе (Бугорч. костей, стр. 83) *König* опредѣляетъ сущность охранительнаго (консервативнаго) способа въ томъ, «чтобы воздержатся отъ всякаго непосредственнаго воздѣйствія, на пораженныя части. Способъ этотъ довольствуется неполнымъ, общимъ распознаваніемъ бугорчатки, не задаваясь вопросомъ, поражены ли только кости или синовіяльная оболочка, онъ не справляется на счетъ срока, въ теченіи котораго слѣдовало бы излѣчить болѣзнь и не тревожится тѣми сомнѣніями, возможно ли вообще излѣчить спеціальный процессъ этимъ путемъ, не задается также и тѣмъ вопросомъ, не можетъ ли процессъ, во время излѣченія, или правильнѣе говоря во время лѣченія, такъ какъ не каждый случай излѣчимъ, принести больному общій вредъ и опасность для жизни».

Такъ напр. д-ръ *Корецкій* [1]), указываетъ на то обстоятельство, что надежда на излѣченіе тѣмъ больше, чѣмъ раньше, т. е. въ болѣе раннемъ періодѣ болѣзни, больной прибылъ на грязи и чѣмъ лучше онъ питается. По его словамъ, многія формы хирургической бугорчатки могутъ быть избавлены отъ оперативнаго вмѣшательства, если своевременно будетъ прибѣгнуто къ грязелѣченію.

Къ аналогичнымъ выводамъ пришло большинство врачей, изучавшихъ дѣйствіе ваннъ и грязей на хирургическій туберкулезъ и я укажу только на нѣкоторые выводы.

Grimaut [2]) констатируетъ на основаніи 46 случаевъ пользу лѣченія водами Barèges, или самыми по себѣ, или какъ дополненіе къ хиругическому лѣченію.

Cazin изъ 80 случаевъ коксита, пользованныхъ въ госпиталѣ Berck sur mer, наблюдалъ выздоровленіе 44 раза, смерть 3, улучшеніе 2, безъ улучшенія 20; онъ огавариваетъ, что болѣе тяжелые случаи остались въ парижскихъ госпиталяхъ.

De Rossi (IV конгрессъ Итальянскихъ хирурговъ 1887) пользовалъ 110 случаевъ костно составнаго туберкулеза морскими купаньями. Изъ нихъ выздоровѣло 59, значительное улучшеніе у 29, у остальныхъ же нѣкоторое улучшеніе.

Итакъ мы видѣли, что мы въ правѣ ожидать отъ гидро и бальнеотерапіи, примѣненной въ извѣстныхъ, начальныхъ, періодахъ страданія. Съ другой стороны еще чаще такое лѣченіе служитъ дополненіемъ и окончаніемъ хирургическаго лѣченія и укрѣпляетъ его результаты.

В. Мѣстное лѣченіе.

Холодъ намъ приходится лишь очень рѣдко примѣнять при бугорчаткѣ составовъ, именно въ случаяхъ, когда вслѣдствіе какихъ либо условій (травмы), происходитъ обостреніе, съ наклонностью къ нагноенію, процесса, медленно протекавшаго до сихъ поръ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, посредствомъ примѣненія холода бываетъ

---

[1]) *Корецкій.* Наблюденія надъ дѣйствіемъ Майнакскихъ грязевыхъ ваннъ. Протоколы С.-Петербургскаго Мед. Общества. 1887. 20 окт.

[2]) Action de eaux de Barèges sur la tuberculose osseuse. Revue de Chirurgie 1888, стр. 241.

возможно остановить образованіе воспалительныхъ періартикулярныхъ абсцессовъ. Но вообще, при хроническихъ процессахъ каковы и туберкулезные, мы не въ правѣ ожидать отъ холода существенной пользы на что указываетъ и *Монастырскій* (l. c. стр. 267).

Гораздо раціональнѣе примѣненіе **тепла**.

Раціональность употребленія его вытекаетъ, какъ изъ клиническихъ наблюденій, такъ и изъ опытовъ Hess'а надъ вліяніемъ тепла на развитіе микроорганизмовъ (смотри выше стр. 60).

Тепло мы можемъ примѣнять различнымъ образомъ: въ видѣ ли припарокъ, катаплязмъ изъ различныхъ «мягчительныхъ» средствъ, (которыя теперь совершенно основательно оставлены), затѣмъ въ видѣ согрѣвающихъ компресовъ изъ индиферентной, или антисептической жидкости (слѣдя все время за состояніемъ почекъ), или соляныхъ, растворовъ. Или же наконецъ, въ видѣ *горячихъ компресовъ*, благопріятное дѣйствіе которыхъ на золотушные процессы намъ приходилось неоднократно наблюдать въ клиникѣ проф. Насилова.

Проф. *Насиловъ*[1]) примѣняетъ горячіе компрессы изъ старорусскаго маточнаго разсола, нагрѣваемые въ послѣднемъ до 70—80° R, причемъ подъ компрессомъ t°=45—60° R. Поверхъ компресса, во избѣжаніе охлажденія, накладывался толстый слой ваты. Въ моментъ приложенія больные жалуются на жгучую боль, которая впрочемъ черезъ 2—3 минуты ослабѣваетъ, тогда компрессъ снимаютъ и быстро замѣняютъ его новымъ. Компрессы прикладываютъ утромъ и вечеромъ по 15 минутъ, послѣ чего кожа покрывается толстымъ слоемъ ваты.

Подъ вліяніемъ компрессовъ, кожа краснѣетъ и становится болѣзненной. Иногда наблюдалась ожога 1 и 2-й степени, но ни та ни другая, не служитъ противупоказаніемъ для продолженія лѣченія.

Результаты лѣченія 9 случаевъ были весьма благопріятны, изъ нихъ 3 сл. туберкулезныхъ артрофлогозовъ. Равно хорошіе результаты были и въ нѣкоторыхъ приводимыхъ мной (смотри таблицы) случаяхъ.

На основаніи своихъ наблюденій, проф. Насиловъ дѣлаетъ слѣд. выводы. Въ первое время при примѣненіи горячихъ компрессовъ начавшееся нагноеніе усиливается, но затѣмъ гной скоро вса-

---

1) Проф. *И. И. Насиловъ.* О примѣненіи горячихъ компрессовъ въ хирургической практикѣ. Врачъ 1888 г. № 42.

Здѣсь невѣренъ взглядъ на распознаваніе, ибо отъ него то, прежде всего и зависитъ выборъ метода лѣченія, при чемъ мы естественно обращаемъ наше вниманіе на возможную продолжительность лѣченія и на то, соотвѣтствуютъ ли состояніе и силы больнаго, такой продолжительности и не произойдетъ ли въ это время общей инфекціи. Если слова *König'а* были вѣрны тогда, когда онъ ихъ писалъ, (1884) въ чемъ можно сильно сомнѣваться, то безспорно современные хирурги, примѣняющіе консервативное лѣченіе послѣ тщательнаго обсужденія и изслѣдованія, индивидуализаціи каждаго даннаго случая, свободны отъ такого упрека.

Посмотримъ теперь, какія воззрѣнія лежатъ въ основѣ консервативнаго лѣченія, на что т. е. на какіе процессы мы расчитываемъ, примѣняя его и какія показанія существуютъ для его примѣненія.

Съ давнихъ поръ было извѣстно, что многія страданія костей и составовъ (которыя, какъ мы нынѣ знаемъ относятся къ туберкулезнымъ) отличались, въ особенности у дѣтей, наклонностью къ самоисцѣленію, такова напр. spina ventosa, затѣмъ многочисленные случаи туберкулеза позвоночника, пораженія тазобедреннаго сочлененія и т. д. Случаи эти, въ прежднее время, когда не существовало средствъ для вѣрной постановки діагноза, приводили въ сомнѣніе хирурговъ, которые на основаніи лучшихъ исходовъ, склонны были относить ихъ не къ туберкулезу а къ инымъ, болѣе благопріятнымъ процессамъ. Съ открытіемъ же *Koch'а*, когда не оставалось сомнѣнія въ туберкулезномъ характерѣ этихъ формъ, они и явились главными аргументами, доказывающими наклонность организма къ самоисцѣленію.

Раньше чѣмъ разобрать процессы эти, я считаю не лишнимъ привести краткій обзоръ нѣкоторыхъ методовъ консервативнаго лѣченія, останавливаясь нѣсколько подробнѣе на болѣе важныхъ изъ нихъ.

Краткій обзоръ методовъ консервативнаго лѣченія.

А. Общее лѣченіе.

Нечего долго останавливаться и настаивать по пользѣ и необходимости общаго лѣченія, *понимаемаго въ самомъ широкомъ смыслѣ*, т. е. лѣченія не только фармацевтическими средствами, но и фи-

зическими и климатическими агентами. Я думаю, что не впаду въ преувеличеніе, утверждая, что въ доброй половинѣ случаевъ, безъ общаго лѣченія ни консервативное, ни оперативное, не ведутъ къ цѣли и остаются безплодными. При измѣненіи къ лучшему условій питанія, жилищъ resp. климата, измѣняется и теченіе туберкулезнаго процесса, который принимаетъ болѣе благопріятный характеръ и часто, въ особенности въ дѣтскомъ возрастѣ, ведетъ къ самоисцѣленію. На значеніе ваннъ и купаній я укажу еще при разборѣ случаевъ множественнаго туберкулеза. Но къ сожалѣнію, мы лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, имѣемъ возможность измѣнить матеріальныя условія больнаго и перенести его въ соотвѣтственную обстановку, а должны по необходимости ограничиться назначеніемъ такихъ средствъ, которыя доступны для нашихъ паціентовъ, главный контингентъ которыхъ происходитъ изъ недостаточныхъ классовъ населенія большихъ городовъ.

Кстати, здѣсь не лишнимъ будетъ припомнить, на сколько дурно вліяетъ на больнаго долговременное пребываніе въ лѣчебномъ заведеніи, если онъ при этомъ лишенъ движенія и воздуха. Ollier вѣдь и объясняетъ свои превосходные результаты резекціи локтя, тѣмъ, что его больные не залеживались по долгу и вскорѣ послѣ операціи, имѣя руку укрѣпленную, соотвѣтственной повязкой, гуляли на свѣжемъ воздухѣ. Больные съ пораженіемъ нижнихъ конечностей, обреченные на продолжительное лежаніе, представляли несравненно худшее теченіе болѣзни. Поэтому, врачъ долженъ всѣми силами стараться сократить время пребыванія больнаго въ постелѣ, предоставляя ему при первой возможности пользоваться свѣжимъ воздухомъ и движеніемъ, при помощи соотвѣтственныхъ аппаратовъ и туторовъ. Конечно то, что Ollier могъ дѣлать во Франціи, то въ нашемъ климатѣ возможно далеко не въ такихъ широкихъ размѣрахъ. Гдѣ возможно, тамъ съ климатотерапіей стараются соединить гидротерапію, какъ въ видѣ общихъ, такъ и мѣстныхъ ваннъ изъ минеральной, морской воды, минеральныхъ грязей и т. д. (напр. у насъ Саки, Майнаки, Одесскіе лиманы, Старая Русса, Славянскъ, Друскеники и т. д.) лѣченіе которыми даетъ въ высшей степени благопріятные результаты, конечно при условіи своевременнаго примѣненія.

сывается. Всасываніе воспалительныхъ продуктовъ, сопровождается повышеніемъ температуры тѣла, въ тѣмъ большей степени, чѣмъ больше гнѣздъ для всасыванія и чѣмъ замѣтнѣе уменьшается воспалительная припухлость и наконецъ, горячіе компрессы приносятъ очевидную пользу при ревматическихъ остеоміэлитахъ и даже при фунгозномъ воспаленіи составовъ.

На такіе же благопріятные результаты указываетъ и *Др. Гуринъ*[1]). *Billroth*[2]) тоже совѣтуетъ примѣненіе высокой температуры достигаемой помощью примочекъ изъ горячихъ разсоловъ или грязей (Франценсбадъ, Офенъ и т. д.) но наоборотъ, только въ случаяхъ съ нагноеніемъ и свищами, когда теченіе процесса крайне торпидно, когда дурной видъ свищевыхъ язвъ, недостаточное развитіе сосудовъ въ грануляціяхъ, дурное, жидкое отдѣлимое вообще показуютъ умѣренное раздраженіе.

Rubefacientia, **Vesicantia** (іодъ, поверхностныя прижиганія) и **Derivantia**, (мушки) дѣйствуютъ аналогично горячимъ компрессамъ, усиливая и ускоряя циркуляцію лимфы, вызывая усиленный наплывъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, являющихся какъ мы выше видѣли дѣятельными фагоцитами, а слѣдовательно вызываютъ условія благопріятныя для разрушенія туберкулезнаго яда и всасыванія инфильтратовъ. Поэтому они имѣютъ полное raison d'être, конечно въ начальныхъ стадіяхъ, до развитія нагноенія и совершенно несправедливо сравнивать эффектъ смазыванія іодомъ больнаго состава, съ тѣмъ эффектомъ, который бы получился отъ смазыванія стѣны, какъ это картинно, но совершенно невѣрно сдѣлано однимъ изъ фармакологовъ.

Укрѣпленія—фиксація состава играетъ самую важную роль при терапіи всѣхъ составныхъ страданій, составляя conditie sine qua non ея. Уже *Celsus* говорилъ «Optimum remedium quies est». Этой цѣли мы достигаемъ, наложеніемъ повязокъ, постоянныхъ, несъемныхъ, съемнонеподвижныхъ, шинныхъ и т. п.; при этомъ весьма важно придавать составу извѣстное положеніе, именно такое, чтобы, даже при образованіи анкилоза конечность оставалась годной. Къ такимъ же укрѣпляющымъ повязкамъ мы должны отнести и Сейровскіе корсеты. Воп-

---

[1]) *Гуринъ* Русская медицина 1889 г. №

[2]) *Billroth* Общая хир. патологія и терапія. усск. Рпереводъ 1879, стр.591.

росъ о томъ, какая повязка (изъ какого матеріала) лучше достигаетъ цѣли, различными хирургами рѣшается различно. Но при умѣломъ наложеніи, каждою изъ нихъ достигаются одинаково хорошіе результаты, слѣдовательно здѣсь дѣло не въ матеріялѣ, а въ умѣніи и ловкости хирурга.

Непрерывное вытяженіе занимаетъ стольже важное мѣсто въ терапіи составнаго туберкулеза, какъ и повязки. Оба эти средства восполняютъ взаимно одно другое.

Какъ мы уже видѣли выше (на стр. 86) непрерывное вытяженіе было предложено въ болѣе обширныхъ размѣрахъ Volkmann'омъ, который установилъ и выработалъ для него показанія. Методъ этотъ, прекрасный, самъ по себѣ, въ соединеніи съ неподвижной повязкой,—составляетъ такъ сказать краеугольный камень консервативнаго лѣченія и поэтому я позволю себѣ остановиться нѣсколько подробнѣе на немъ:

Методъ *Volkmann'a* вызвалъ цѣлый рядъ работъ и ассистентъ его, *Schede* [1]), занялся провѣркою результатовъ.

König [2]) при своихъ изслѣдованіяхъ замороженныхъ тазобедренныхъ составовъ, нашелъ, что тѣсное соприкосновеніе между головкой и составной впадиной бываетъ преимущественно тогда, когда головка вдавливается въ послѣднюю какой либо силой, дѣйствующей извнѣ. Такая сила существуетъ при стояніи, хожденіи и обусловливается дѣйствіемъ мускуловъ. При вытяженіи же тяжестью въ 8 фунтовъ, ему удалось получить расхожденіе поверхностей до 2,5 mm.

Paschen [3]) изслѣдовавъ дѣйствіе вытяженія у постели больныхъ кокситомъ и пришелъ къ выводамъ:

1) Что расхожденіе состава (distractio) всегда существуетъ при постоянномъ вытяженіи, какъ вслѣдствіе механическаго строенія состава, отношенія воздушнаго давленія, такъ и вслѣдствіе того, что

---

1) *Schede*. Weitere Beiträge zur Behandlung von Gelenkkrankheiten mit Gevichten. Langenbeck's Archiv. T. XII.

2) *König*. Studien über die Mechanik des Huftgelenks und deren Einfluss auf Physiologie und Pathologie. Deut. Zeitschrift f. Chir. T. III, стр. 256—272, 1873 г.

3) *Paschen*. Ueber Gewichtsbehandlung bei Coxitis acuta. Deuts. Zeitchr. f. Ch. T. III, стр. 272—300. 1873.

контрактура мускуловъ (обусловленная положеніемъ конечности подъ угломъ къ тазу) не представляетъ для него препятствія.

2) Вслѣдствіе механическаго устройства сочлененія, отведеніе представляетъ наиболѣе удобствъ для дистракціи, по этому въ острыхъ случаяхъ слѣдуетъ стараться получить такое положеніе.

3) Дистракція, кромѣ временнаго прекращенія болѣзненныхъ явленій, представляетъ наибольшую гарантію къ стойкому улучшенію.

Дальнѣйшая провѣрка этихъ положеній была предпринято проф. *Рейеромъ* [1]). Въ своихъ опытахъ, произведенныхъ на трупахъ, онъ изслѣдовалъ пониженіе внутри составнаго давленія, при вытяженіи, соединяя полость состава съ манометромъ. Расхожденіе составныхъ поверхностей измѣрялось разстояніемъ иглъ, вбитыхъ въ мыщелки. Тяжести примѣнялись очень большія, отъ 20 до 40 фунтовъ, для увеличенія же тяги къ нимъ присоединялось еще усиліе, производимое взрослымъ человѣкомъ (Manneskraft). Выводъ его тотъ: (l. c., стр. 74) что вытяженіе при напряженной мускулатурѣ повышаетъ, а при разслабленной понижаетъ внутри составное давленіе. Расхожденіе же составныхъ концовъ наблюдалось до 2 mm.

По его мнѣнію, благопріятное дѣйствіе этого метода заключается.

1) Въ иммобилизаціи конечности.

2) Въ повышеніи внутри составнаго давленія и измѣненіи точекъ соприкосновенія составныхъ хрящей, при вытяженіи небольшими тяжестями (8—10 ф.).

3) При вытяженіи же бо̀льшими (не менѣе 12 ф.) въ появленіи повышеннаго внутри составнаго давленія и діастаза—обусловливающаго прекращеніе давленія частей сочлененія другъ на друга.

Busch [2]) пришелъ къ противуположнымъ Volkmann'у König'у, Paschen'у и отчасти Рейеру выводамъ. Именно онъ нашелъ, что при вытяженіи никогда не происходитъ расхожденія сочленовныхъ хрящевыхъ поверхностей. Внутри составное давленіе не можетъ понижаться и напротивъ повышается, вслѣдствіе растяженія, resp. умень-

---

[1]) *Reyehr*. Zur Behandlung der Kniegelenkentzundungen mittelst der permanenten Distraction. Deut. Zeits f. Ch. T. IV, стр 26—90. 1873 г.

[2]) *Busch* Beiträge zur mechanischen Behandlung der Gelenkentzundungen Langenbeck's Arch. T. XIV, 1872.

шенія объема составной сумки. Благопріятное же дѣйствіе зависитъ отъ перемѣщенія точекъ соприкосновенія костей и повышенія давленія, все равно въ какомъ бы составѣ ни происходило растяженіе. Эти разнорѣчивыя мнѣнія заставили проф. *П. И. Морозова* подвергнуть этотъ вопросъ тщательному переизслѣдованію [1]). Прежде всего онъ изслѣдовалъ взаимное отношеніе поверхностей головки и acetabuli на 16 трупахъ, при нормальныхъ условіяхъ т. е. безъ вытяженія и пришелъ къ выводу (l. c. стр. 24—27) что онѣ, при выпрямленномъ положеніи тазобедреннаго состава, находятся между собой въ полномъ соприкосновеніи, совпадая на столько, что между ними остается лишь тонкій слой синовіи. Преобладающая форма кривизнъ ихъ, въ зрѣломъ возрастѣ, есть правильно шарообразная; въ болѣе же пожиломъ представляетъ вращательное тѣло, котораго меридіанная дуга имѣетъ нѣсколько большій радіусъ кривизны, чѣмъ экваторіяльная. При различныхъ же положеніяхъ состава, вообще происходитъ соприкосновеніе составныхъ поверхностей. Во второй группѣ, 9-ти опытовъ, авторъ опредѣлялъ вліяніе атмосфернаго давленія на тазобедренный составъ, причемъ, вполнѣ подтвердивъ выводы братьевъ Weber, опредѣлилъ эту силу нѣсколько больше (50 до 60 фунтовъ) смотря по величинѣ головки. Въ 3-й группѣ, 15-ти опытовъ, онъ изслѣдовалъ дѣйствительно ли при растягиваніи посредствомъ тяжестей происходятъ діастазъ составныхъ поверхностей. Опыты эти были обставлены чрезвычайно тщательно и со всѣми предосторожностями. Примѣненный методъ позволялъ отсчитывать величину удлиненія до 0,25 mm. Послѣ окончанія опыта, фиксированная конечность замораживалась вмѣстѣ съ тазомъ, дѣлались распилы сочлененія и производилось изслѣдованіе посредствомъ лупы Брюкке и стекляннаго микрометра. На свѣжихъ трупахъ, съ тяжестями до 20 фунтовъ, никакого растяженія не наблюдалось (I. c. стр. 50), на не свѣжихъ же оно не превосходитъ величины ½ mm., достигая при 40 ф.—1 mm. и не увеличиваясь отъ тяжести до 80 ф. Наконецъ онъ произвелъ 3 опыта по методу Рейера, съ растяженіемъ наполненнаго колѣна, соединеннаго съ манометрической трубкой, причемъ растягиваніе, даже большими тяжестями, (до 80 ф.) не уско-

[1]) *Морозовъ.* О вліяніи способа растягиванія (Distractions-methode) на тазобедренный и колѣнный суставъ. Диссерт. 1875 г. Харьковъ.

ряло замѣтно пониженія воды въ трубкѣ и по снятіи тяжестей уровень ея не возвращался къ прежнему состоянію, слѣдовательно, растяженіе не вліяетъ на пониженіе внутри составного давленія.

Что же касается благопріятнаго вліянія растяженія, то механизмъ его слагается изъ слѣд. моментовъ: (стр. 69) во 1-хъ, подъ вліяніемъ растягиванія производится легкое и равномѣрное давленіе воспаленныхъ составныхъ концовъ другъ на друга и въ тоже время, увеличивается внутри составное давленіе; во 2-хъ разслабляются контрактуры мышцъ, исчезаетъ рефлекторное раздраженіе чувствительныхъ и двигательныхъ вѣтвей нервовъ, распредѣляющихся въ этихъ мышцахъ; въ 3-хъ измѣняются точки соприкосновенія составныхъ поверхностей (въ смыслѣ Busch'а) и еще болѣе усиливается внутри составное давленіе. Наконецъ, въ 4-хъ, во все время лѣченія больной составъ находится въ покоѣ и неподвижности. По этому проф. Морозовъ совершенно не признаетъ ни расхожденія (діастаза) составныхъ поверхностей, ни уменьшенія внутри составнаго давленія подъ вліяніемъ растягиванія. Принимая во вниманіе тщательность и безъукоризненную постановку опытовъ его, мы не имѣемъ права не согласиться съ его выводами. Подъ вліяніемъ опытовъ его и *Hueter* въ своемъ руководствѣ (l. c. т. II, ч. 3, стр. 193) приведя результаты работъ проф. Морозова и желая объяснить благопріятное дѣйствіе вытяженія говоритъ, что кокситъ можетъ самъ по себѣ измѣнить условія, въ пользу расторгающаго дѣйствія тяги. Если сиповитъ разрыхлилъ, или разрушилъ сумку, если головка утратила свою шарообразную форму и лишилась тѣснаго соприкосновенія съ вертлужной впадиной, то очень возможно допустить, что тяга понизитъ внутри составное давленіе и что воспаленныя составныя поверхности будутъ таки разобщены, чѣмъ и достигнется нѣкоторое противувоспалительное дѣйствіе. Важнѣе же всего конечно ортопедическое значеніе непрерывной тяги.

Проф. *Монастырскій* въ своихъ лекціяхъ (l. c. стр. 94), вполнѣ присоединяясь къ выводамъ проф. Морозова, проводитъ тотъ взглядъ, что вытяженіемъ должно пользоваться до тѣхъ поръ, пока не будетъ достигнуто правильное положеніе больнаго состава, а потомъ можно вытяженіе замѣнить неподвижной повязкой, или портативнымъ аппаратомъ.

Köniq въ своемъ руководствѣ, разбирая лѣченіе коксита (l. c. т. IV, стр. 477) на основаніи опытовъ своихъ, (смотри выше стр. 117), объясняетъ благопріятное дѣйствіе вытяженія измѣненіемъ патологическихъ точекъ давленія и тѣмъ, что оно вообще не допускаетъ болѣе никакихъ точекъ давленія, внутри костной части состава, дѣйствуя разъединяющимъ образомъ вслѣдствіе непосредственнаго удаленія головки изъ составной впадины. Что же касается ускоренія всасыванія патологическихъ продуктовъ изъ состава, то, не высказываясь окончательно, König думаетъ, что вытяженіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ, увеличивая напряженіе сумки и слѣдовательно внутри составное гидростатическое давленіе, способствуетъ ускоренію такого всасыванія.

Проф. *Albert* [1]), констатируя прекрасное дѣйствіе вытяженія при кокситахъ, объясняетъ его прежде всего разслабленіемъ мускулатуры. Что же касается другаго вліянія, то онъ отказывается отъ заключенія о томъ, повышаетъ ли оно, или понижаетъ количество внутри составнаго эксудата, является ли оно благопрітнымъ или неблагопріятнымъ условіемъ для всасыванія гноя и т. д. и поэтому считаетъ его твердо показаннымъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится бороться со спазмомъ мускулатуры. Наконецъ въ послѣднее время постоянное вытяженіе въ рукахъ *Bardenheuer'a* [2]), получило обширное примѣненіе при лѣченіи травматическихъ повреждeній составовъ и костей. Авторъ этотъ стремится посредствомъ вытяженія замѣнить всякія шины, съемнонеподвижныя повязки и т. п. Но такъ какъ методъ его направленъ преимущественно къ лѣченію травматическихъ повреждeній, то на немъ мы останавливаться не будемъ.

И такъ: на основаніи указаннаго выше ряда работъ, мы должны придти къ выводу, что благопріятное вліяніе вытяженія обусловливается главнымъ образомъ: уничтоженіемъ мышечной дѣятельности (resp контрактуры) въ области больнаго сочлененія, приданіемъ удобнаго, покойнаго положенія больной конечности, измѣненіемъ точекъ соприкосновенія сочленовныхъ поверхностей и повышеніемъ

---

[1]) *Albert*. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre 1883. T. IV, стр. 357.

[2]) *Bardenheuer*. Лѣченіе постояннымъ вытяженіемъ, русскій переводъ 1889 г.

внутри составнаго давленія, способствующаго лучшему всасыванію патологическихъ продуктовъ.

Массажъ можетъ найти себѣ примѣненіе при лѣченіи бугорчатки составовъ, лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ *полнаго* прекращенія всѣхъ воспалительныхъ явленій, мы желаемъ способствовать разсасыванію оставшихся инфильтратовъ. Но нигдѣ массажъ не долженъ быть примѣняемъ съ такой осмотрительностью, какъ здѣсь, такъ какъ несвоевременное примѣненіе его легко можетъ повести къ обострѣнію мѣстнаго страданія и, что гораздо опаснѣе, способствовать распространенію бациллъ по лимфатическимъ щелямъ и путямъ, а слѣдовательно вызвать аутоинфекцію и пораженіе внутреннихъ органовъ. Мнѣ лично пришлось наблюдать случай остраго туберкулезнаго перитонита, съ летальнымъ исходомъ, развившагося послѣ $1^{1}/_{2}$—2 мѣсячнаго массажированія бѣлой опухоли колѣна.

Huëter (Klin. der Gelenkkrankheit. I. c 193), совершенно вѣрно приводилъ сравненіе v. *Mosengeil'я*, что массажъ въ этихъ случаяхъ похожъ на обоюдо острый мечъ и, вмѣстѣ съ Mosengeil'емъ, желаетъ примѣнять его противъ страданій, но не противъ самой жизни больнаго. *Billroth* (Общ. Хир. патол. стр. 587) высказываетъ опасеніе, что энергическимъ примѣненіемъ массажа, мы скорѣе вызовемъ нагноеніе тамъ, гдѣ уже существуетъ расположеніе къ нему и поэтому совѣтуетъ примѣнить его въ найболѣе торпидныхъ формахъ.

König [1]), тоже нѣсколько разъ наблюдалъ, послѣ энергическаго примѣненія массажа, переходъ умѣренныхъ формъ въ размягченіе и нагноеніе, такъ что и онъ высказывается противъ этого средства.

Даже и сторонники массажа, сообщающіе о его благопріятномъ дѣйствіи, все таки приводятъ довольно неутѣшительные результаты.

Такъ напр. *Niehaus* [2]) считаетъ возможнымъ лѣчить лишь тѣ сочлененія, гдѣ массированіе можетъ непосредственно достигнуть фунгозныхъ массъ, напр. кисть. Локоть же, стопа (?) и тазо-бедренный составъ не пригодны для этой цѣли. Существованіе свищей и нарывовъ не противупоказываетъ этого метода. Въ 4 случаяхъ страданій кисти былъ полученъ вполнѣ удовлетворительный резуль-

---

[1]) Бугорчатка костей и составовъ, стр. 83.

[2]) *Niehaus*. Die Behandlung fungöser Gelenkaffectionen durch Massage. Centrall. f. Chir. 1887, стр. 255.

татъ. Но лѣченіе продолжалось отъ 3 до 20 мѣсяцевъ, слѣдовательно нисколько не меньше, чѣмъ и при другихъ методахъ, а даже и больше. Впослѣдствіи же мы увидимъ (стр. 135) что и brisement forcé можетъ тоже повести къ аутоинфекціи.

Электротерапія тоже дала не лучшіе результаты—такъ *Danion* [1]), лѣчилъ фарадизаціей 4 случая рѣзко выраженной бѣлой опухоли колѣна. Въ одномъ изъ нихъ, гдѣ былъ патологическій вывихъ кзади и очень обильныя фунгозныя разрощенія, лѣченіе, въ теченіи полугода, обусловило исчезаніе отека и фунгозныхъ грануляцій и получился анкилозъ, дающій возможность пользоваться ногою, т. е. получилось тоже самое, что и при другихъ методахъ лѣченія.

Но какъ электротерапія такъ и массажъ находятъ обширное примѣненіе, какъ средства для предупрежденія атрофіи мускуловъ, вызванной продолжительнымъ покоемъ и недѣятельностью конечности и здѣсь они приносятъ прекрасные результаты.

Проколъ и впрыскиваніе въ составы, промывка ихъ при бугорчаткѣ (именно при hydrops tuberculosus) даютъ благопріятные результаты, хотя довольно часто наблюдаются и рецидивы. Во всякомъ случаѣ, этотъ методъ можетъ быть примѣняемъ съ успѣхомъ, но лишь въ ограниченныхъ случаяхъ.

Несравненно большее распространеніе нашли паренхиматозныя впрыскиванія въ составы, примѣняемыя при фунгозныхъ формахъ. Цѣль ихъ та, чтобы in loco уничтожить туберкулезную заразу. *Hиеter* первый предложилъ впрыскиванія 3—5% карболоваго раствора [2]), но они не оправдали ожиданій автора и *König* отказался совершенно отъ нихъ, послѣ цѣлаго ряда неудачъ.

Но примѣръ *Hиеter'a* далъ толчокъ новому методу и съ его легкой руки стали впрыскивать въ фунгозные составы и свищи всѣ антисептическіе растворы и средства, съ различными результатами. Изъ всѣхъ этихъ средствъ найбольшимъ вниманіемъ и успѣхомъ пользуются іодоформенныя эмульсіи или эфирные растворы его.

Іодоформъ предложенный впервые *Mosetig-Moorhof'омъ* въ 1880 году [3]), получилъ благодаря изслѣдованіямъ Микулича въ

[1]) *Danion*. Traitement des tumeurs blanches par l'électricité. Congres Français de Chir. 1888.
[2]) *Hиеter*, Руков. хирургіи Т. I. стр. 62.
[3]) *Mosetig Moorhof*. Versuche mit Iodoform als Wundverbandmittel wegen fungöser Processe. Wien. med. Wochensch. 1880. № 43, 44.

клиникѣ Billroth'а обширное примѣненіе [1]) и вслѣдъ за ними появилась громадная литература этаго вопроса.

Правда въ послѣдніе года явился цѣлый рядъ экспериментальныхъ бактеріологическихъ работъ (*Heyn*, *Rawsing*, *Ruyter*, *Tilanus*, *Baumgarten*) говорящихъ не въ пользу іодоформа, но по мнѣнію Дра *Волковича* [2]), работы эти не могутъ имѣть рѣшающаго значенія, такъ какъ условія дѣйствія іодоформа въ организмѣ несравненно сложнѣе, чѣмъ были въ бактеріологическихъ опытахъ, такъ въ дальнѣйшихъ опытахъ *Ruyter'a* іодоформъ оказывалъ антисептическое дѣйствіе, когда вмѣсто порошка, употреблялся растворъ его, причемъ выдѣлялся свободный іодъ, тоже самое явленіе происходитъ въ гноѣ и кровяной сывороткѣ, въ присутствіи микробовъ, и также вѣроятно и подъ вліяніемъ птомаиновъ, а по наблюденіямъ Binz'а и подъ вліяніемъ живыхъ тканей— оксигемоглобина ихъ. Благопріятное вліяніе іодоформа на туберкулезныя бациллы и хорошіе результаты примѣненія его при холодныхъ нарывахъ, будутъ цитированы мною подробнѣе при разборѣ пораженій позвоночника (стр. 150). При впрыскиваніяхъ іодоформа весьма важно, чтобы іодъ не оставался въ организмѣ и своевременно выдѣлялся почками, иначе наступаютъ явленія іоднаго отравленія. Поэтому необходимо постоянно контролировать (при болѣе обширныхъ впрыскиваніяхъ) количество іода выдѣляемое мочею.

Явленія отравленія при слишкомъ щедромъ, или неумѣстномъ употребленіи іодоформа, иногда даже при незначительныхъ количествахъ, но при существованіи идіосинкразіи къ этому средству, въ особенности у дѣтей, заставили искать другихъ средствъ.

Такъ напримѣръ было предложено впрыскиваніе trae jodi примѣнявшее ея съ успѣхомъ у насъ Д-ромъ Зеленковымъ (l. c).

Проф. *Ceccherelli*, (на конгрессѣ италіянскихъ хирурговъ въ 1888 г.) признавая іодоформъ совершенно негоднымъ, превозноситъ танинъ, при лѣченіи костно-суставнаго туберкулеза, считая послѣдній средствомъ не ядовитымъ, антисептическимъ, ускоряющимъ заживленіе

---

[1]) *Mikulicz*. Ueber die Verwendung des Iodoforms bei der Wundbehandlung und dessen Einfluss auf fungöse und verwandte Processe. Langenb. Arch. 1881. стр. 197. T. XXVII.

[2]) *Волковичъ*. Современное состояніе вопроса объ употребленіи іодоформа. Проток. Общ. Кіевскихъ Врачей. 1888. стр. 12.

ранъ и уничтожающимъ бациллы. Но тутъ же ему возражаетъ *Tricomi*, который произвелъ опыты прививки туберкулезной мокроты, смѣшанной съ 10—5% танина, подъ кожу и въ составы морскимъ свинкамъ. Опыты эти доказали полную несостоятельность и недѣйствительность танина.

Kolischer [1]) предложилъ впрыскиваніе раствора кислаго фосфорнокислаго кальція, съ избыткомъ фосфорной кислоты. При этомъ является сильная реакція, болѣзненность, высокая лихорадка, затѣмъ наступаетъ сморщиваніе, затвердѣніе и всасываніе, такъ что составъ пріобрѣтаетъ вновь нормальные контуры. Способъ этотъ былъ примѣненъ имъ у 700 больныхъ. Но *E. Müller* [2]) провѣрялъ этотъ методъ въ клиникѣ *Bruns'a* и въ большинствѣ случаевъ получилъ ухудшеніе; грануляціи не только не исчезали, но еще болѣе разростались, развивались колосальные абсцессы и подъ вліяніемъ реакціи и нагноенія, состояніе больныхъ ухудшалось. *Müller* попробовалъ употреблять чистую фосфорную кислоту, но результаты получались стольже не благопріятные.

Перуанскій бальзамъ былъ предложенъ впервые *Sayr*'омъ, въ видѣ ваты напитанной имъ, для перевязки натечныхъ абсцесовъ, затѣмъ сталъ его примѣнять *Landerer* [3]). Въ 29 случаяхъ костнаго туберкулеза, Landerer или впрыскивалъ въ невскрытую полость и свищи, или вводилъ въ широко вскрытую полость, тампоны пропитанные одновременно сулемой и бальзамомъ и получилъ успѣшные результаты. Но при этомъ наблюдались 7 разъ осложненія со стороны мочевыхъ путей (*Vamossy*)—альбуминурія 3 раза, cystitis et pyelitis 3 раза и 1 разъ воспаленіе почекъ.

Благопріятное дѣйствіе бальзама подтверждаютъ *Jasinski* [4]) и *Schramm* [5]). Jasinski приводитъ весьма любопытную историческую справку о томъ, что первымъ лицомъ, предложившимъ употребленіе бальзама при бугорчаткѣ былъ Jan Jon-

---

[1]) Wiener Med. Presse 1888. № 22, 24 и 29.

[2]) Beiträge zur klinischer Chirurgie T. 3. 1888. стр. 342.

[3]) *Landerer*. Weitere Untersuchungen über die Behandlung d. Tuberculose mit Perubalsam. Münchener Med. Wochenschr. 1889 г.

[4]) Balsam peruwianski w leczeniu gruzlicy miejscowej. Gazeta lekarska. 1890, № 4.

[5]) На первомъ конгрессѣ польскихъ хирурговъ въ Краковѣ, въ 1889 г.

ston z Szamotul, лейбъ-медикъ двора Лещинскихъ, въ XVII столѣтіи, въ сочиненіи Idea universa Medicinae practicae Amstelodamii,, 1644, (стр. 46), гдѣ онъ называетъ бальзамъ «medicamentum tenue, mediocriter excalefaciens et siccans» Jasinski вполнѣ соглашаясь съ выводами Schramm'а, сообщилъ о прекрасныхъ результатахъ примѣненія бальзама при бугорчаткѣ костей, составовъ и кожи. Онъ лѣчилъ въ 11 случаяхъ помощью впрыскиваній въ составы, съ благопріятнымъ исходомъ, при чемъ требовалось для исцѣленія отъ 3 до 20 впрыскиваній. Оба автора высказываются противъ Kolischer'овскихъ впрыскиваній.

Артротомія и промывка составовъ антисептическими растворами (Arthrotomia) и дренажъ показаны преимущественно при hydrops tuberculosus гдѣ она даетъ лучшіе результаты, чѣмъ пункція и впрыскиванія и при нагноеніяхъ въ составѣ (*Hueter* Kl. d. Gelenk. L. c. 216). Для того чтобы показать результаты этихъ методовъ, укажу на *Hager'a* [1]), который приписываетъ антисептической промывкѣ составовъ двоякое дѣйствіе: во первыхъ, антисептическое, а во вторыхъ, вызывающее реактивное воспаленіе состава, ведущее къ сморщиванію составной сумки, являющееся благопріятнымъ обстоятельствомъ при растяженіи и разслабленіи ея.

Въ клиникѣ *M. Schede*, авторъ пользовалъ 81 случай фунгознаго — resp. туберкулезнаго пораженія составовъ, безъ перфораціи капсулы. Въ случаяхъ съ выпотомъ дѣлалась пункція, и промывки, въ случаяхъ же безъ эксудата, внутри, около составныя и внутри костныя впрыскиванія карболовой кислоты, по *Hueter'y*. Въ частности изъ 30 случаевъ страданія колѣна, выздоровленіе наступило въ 14. Въ 16 же остальныхъ (изъ нихъ 8 съ нагноеніемъ), было произведено 8 резекцій и 4 ампутаціи. Всего же было: голенностопный составъ 13 случ. — выздоровленій 11, 1 резекція и 1 Пироговская оп. Ostitis tarsi 4 случая — 3 выздоровленія и 1 на пути къ выздоровленію. Тазобедренный составъ авторъ считаетъ менѣе всего пригоднымъ для такого лѣченія — 7 случаевъ (изъ нихъ 5 дѣтей) — 3 улучшенія 4 безъ результата. Локоть 11 — 4 раза примѣнена промывка и 7 разъ впрыскиваніе, 3 полныхъ, 4 не полныхъ выздоровленія и 4 резецировано; 3 случая ostitis carpi,

[1]) *Hager*. Deutsch Zeits. f. Chir. B. 27, HI—2.

безъ пораженія состава, выздоровленіе послѣ резекціи во всѣхъ 3 случаяхъ; caries sicca плеча 3 случ. безъ успѣха.

Что же касается игнипунктуры, то я считаю неумѣстнымъ входить въ разборъ ея, а укажу на появившуюся одновременно съ нашей работой прекрасную диссертацію глубокоуважаемаго товарища *д-ра М. Я. Фенстера*, подробно и обстоятельно разобравшаго этотъ еще малоизвѣстный методъ лѣченія и старающагося установить на основаніи личнаго опыта и многочисленныхъ литературныхъ данныхъ показанія къ примѣненію этого способа [1]) впервые примѣненнаго въ Россіи покойнымъ проф. *П. Коломнинымъ* [2]).

Послѣ этого краткаго очерка различныхъ консервативныхъ методовъ, мы должны бы были разсмотрѣть какое вліяніе они производятъ на туберкулезный процессъ и измѣненія, происходящія въ послѣднемъ при наклонности его къ заживленію, но объ гистологическихъ и патолого-анатомическихъ процессахъ мы уже выше упоминали (въ 1-мъ отд.) и теперь остановимся на взглядахъ хирурговъ-клиницистовъ на этотъ благодѣтельный для организма исходъ.

Sonnenburg [3]) изслѣдовалъ костные препараты, добытые путемъ резекціи, у 13 больныхъ, не представлявшихъ въ анамнезѣ никакого наслѣдственнаго расположенія къ туберкулезу и совершенно свободныхъ отъ заболѣванія внутреннихъ органовъ. Слѣдовательно, во всѣхъ этихъ случаяхъ, страданіе оставалось чисто мѣстнымъ. На основаніи этого матеріала (изъ Берлинской клиники) *Sonnenburg* дѣлаетъ выводъ: что самопроизвольное изцѣленіе (Spontan Ausheilen) не такъ рѣдко, какъ вообще принято предполагать. Если припомнить, какую массу субъектовъ приходится видѣть съ кифозомъ, искривленными и неподвижными конечностями и т. п., между жителями большихъ городовъ, страдавшихъ съ дѣтства несомнѣнно туберкулезомъ костей и затѣмъ впослѣдствіи самопроизвольно исцѣлившихся, то по неволѣ возникаетъ вопросъ: позволительно ли эти страданія костей и сочлененій причислять къ настоя-

---

1) *М. Фенстеръ.* Игнипунктура при страданіи костей и составовъ. Литературно-Клиническій очеркъ Диссерт. Спб. 1890.

2) *Коломнинъ.* Новые способы лѣченія грануляціонныхъ и гнойныхъ воспаленій составовъ. Москва, 1882 и Докладъ на Пирог. съѣздѣ въ 1885, Спб.

3) Bedeutung der Tuberkul. bei den (fungösen) Knochen und Gelenkentzündungen. Langenbeck's Arch. T. XXVI, стр. 790, 1881 г.

щему туберкулезу, (инфекціонной болѣзни по нашему мнѣнію) лишь потому, что мы въ нихъ доказали существованіе миліарныхъ узелковъ.

Сравнивая отчеты большихъ англійскихъ и американскихъ госпиталей, мы невольно удивляемся, какъ рѣдко тамъ оперируютъ по сравненію съ германскими хирургами и, какъ необычайно часто, наступаетъ тамъ самоисцѣленіе такихъ страданій. Всѣ эти поводы и заставляютъ *Sonnenburg'a* сомнѣваться въ томъ, всегда-ли здѣсь былъ туберкулезъ, хотя онъ и находилъ во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ миліарные узелки, но не довѣрялъ еще самъ своимъ результатамъ.

На прогностическое значеніе возраста и золотушнаго, resp. туберкулезнаго, діатеза также указывалъ *Ollier* и *Jaffé.*

Ollier [1]) (l c 735) говоритъ, что остеоатриты, развивающіеся въ періодѣ роста, исходной точкой коихъ является чаще всего возлѣэпифизарная область плечевой, или локтевой кости, обнаруживаютъ большую наклонность къ самоисцѣленію, которое чаще всего ведетъ къ развитію анкилоза, если, раціонально лѣченый, больной не находится подъ вліяніемъ скрофулезнаго діатеза, наслѣдственнаго или пріобрѣтенаго, обнаружившагося разстройствомъ внутреннихъ органовъ.

Jaffe [2]) тоже говоритъ, что для насъ самопроизвольное излѣченіе туберкулеза (Spontan Heilung) стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія. Уже apriori нельзя возражать противъ его возможности: если легочный узелъ заживаетъ путемъ омѣлотворенія, или обизвествленія, или если каверна спадается и рубцуется, то почему не можетъ зажить костный туберкулезъ. Примѣры такого исцѣленія у дѣтей (Tumoralbus, coxitis) приводятъ *König*, *Bogehold*, *Scriba*, *Rinne.* Равно это доказываютъ многочисленные исходы спондилита, (съ образованіемъ натечныхъ абсцессовъ) при которыхъ одно лѣченіе вытяженіемъ даетъ почти 50% изцѣленія. Изъ другихъ областей, мы должны упомянуть о тазобедренномъ, колѣнномъ суставахъ и костяхъ стопы, при которыхъ мы наблюдали изъ 12, въ 8 случаяхъ исцѣленіе.

Если нѣтъ пораженія внутреннихъ органовъ, а существуютъ лишь единичные, или множественные костные, или сочленовные туберкулезные очаги, то до тѣхъ поръ, пока не наступило нагноеніе

---

[1]) De la résection du coude.
[2]) Ueber Knochentuberculose. D. Z. f. Chirurg. T. XVIII стр. 446.

или образованіе казеозныхъ секвестровъ, цѣлесообразное, выжидательное лѣченіе можетъ привести къ выздоровленію, которому могутъ способствовать и впрыскиванія лѣкарственныхъ веществъ. Разъ выздоровленіе пріостанавливается, наступаетъ нагноенія и т. п., то нужно спѣшить съ удаленіемъ туберкулезнаго очага. Что здѣсь нужно предпринять, evidement, резекцію, ампутацію, или экзартикуляцію—это всецѣло зависитъ отъ возраста больнаго, мѣста и свойствъ страданія.

Volkmann (на XIV конгрессѣ германскихъ хирурговъ) тоже настаиваетъ на томъ, что у дѣтей туберкулезныя страденія обнаруживаютъ гораздо большую наклонность къ самоисцѣленію чѣмъ у взрослыхъ, такъ (l. c. § 29) онъ говоритъ: «что съ тѣхъ поръ, какъ извѣстно теченіе болѣзней, которые старые врачи называли tumor albus, malum Potti, spina ventosa, arthrocace и т. п., извѣстно такъ же, что они могутъ очень часто самопроизвольно излѣчиваться, даже послѣ тяжелыхъ явленій, особенно у дѣтей. Больные же съ болѣе или менѣе нарушенной дѣятельностью членовъ и съ рубцами, указывающими на глубину и тяжелый характеръ процесса, могутъ достигать глубокой старости. Такъ какъ всѣ эти разстройства являются лишь отдѣльными видами костно сочленовнаго туберкулеза, поэтому и *не можетъ быть спора о возможности самопроизвольнаго исцѣленія послѣдняго*.

(l. c. § 46). Дѣти гораздо легче излѣчиваются, чѣмъ взрослые, равно и туберкулезныя страданія у нихъ протекаютъ очень часто безъ перехода въ нагноеніе. Самыя тяжелыя страданія (туберк.) костей и сочлененій, связанныя съ обширнѣйшимъ разрушеніемъ ихъ, у дѣтей могутъ самопроизвольно излѣчиваться. Поэтому здѣсь для консервативной хирургіи открыто обширное поле; въ то время, какъ у взрослыхъ, такіе результаты могутъ быть достигнуты только путемъ удаленія больныхъ частей, даже часто цѣной ампутаціи. Равнымъ образомъ, процессы эти у дѣтей обнаруживаютъ гораздо большую наклонность къ демаркаціи, отъ здоровыхъ частей и несравненно рѣже осложняются общимъ туберкулезомъ. Если напр. наблюдается нагноившееся туберкулезное пораженіе лучезапястнаго состава, то обыкновенно процессъ ограничивается у дѣтей лишь этимъ однимъ сочлененіемъ. При приближеніи къ зрѣлому

возрасту, прогнозъ ухудшается и наблюдаются все чаще и чаще случаи, когда консервативное лѣченіе остается безъуспѣшнымъ.

Albrecht [1]) на основаніи своего богатаго статистическаго матеріала, приходитъ къ заключенію, что мы не должны никоимъ образомъ оперировать, не подвергнувши сначала больнаго консервативному лѣченію. Въ частности, мы должны посовѣтовать по возможности продолжительное консервативное лѣченіе, въ случаѣ же операціи—возможно основательное лѣченіе. Для каждаго изъ сочлененій отвѣтъ на оба вопроса будетъ естественно не одинъ и тотъ-же; съ другой стороны большое значеніе имѣютъ и соціальныя условія, наконецъ во многихъ случаяхъ резекція является единственнымъ средствомъ прекратить, истощающую силы, болѣзнь.

Caumont [2]), разбирая исходы коксита, говоритъ, что нѣтъ надобности настаивать на значеніи и преимуществахъ консервативнаго лѣченія, при начинающемся, а равно и въ текущемъокситѣ. Въ общемъ функціональные результаты такъ благопріятны, вѣроятность летальнаго исхода такъ ничтожна, что едва ли можетъ быть вопросъ объ оперативномъ лѣченіи. Другое дѣло при каріозномъ пораженіи и нагноеніи въ этомъ составѣ—здѣсь показана резекція.

König, (бугорчатка костей, l. c. стр. 83), перечисляя рядъ упрековъ консервативному лѣченію говоритъ слѣдующее: «Безъ сомнѣнія и при консервативномъ лѣченіи многіе больные излѣчиваются и притомъ нерѣдко съ такими отличными конечностями, какія несравненно рѣже получаются при болѣе энергическихъ методахъ лѣченія. Я видѣлъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ на пораженномъ составѣ не оставалось и признака разстроеннаго движенія». Слѣдующія формы страданій онъ считаетъ наиболѣе благопріятными для консервативнаго лѣченія.

1) Легкое фунгозное воспаленіе синовіяльной оболочки, съ умѣренной опухолью и умѣреннымъ ограниченіемъ подвижности.

---

[1]) Ueber den Ausgang der Fungösen Gelenkentzündungen und die Bedeutung der Gelenkresectionen bei solchen. Deutsch. Z. f. Chir. T. XIX, 1883. стр. 456.

[2]) *Caumont*. Ueber Behandlung chronischer Gelenkentzundungen an der unteren Extremität mit und ohne Resection, unter specieller Berücksisihtigung der detinitiven Endresultate. Deut. Z. f. Chir. T. XX, 1884, стр. 186.

2) Сухая грануляціонная бугорчатка, разрушающая составныя поверхности, б. ч. въ видѣ разлитыхъ гнѣздъ.

3) Сильно развитое фунгозное воспаленіе, покуда въ составѣ нѣтъ большихъ гноевиковъ. Приэтомъ слѣдуетъ примѣнять консервативное лѣченіе нѣкоторое время и на болѣе энергическія мѣры можно рѣшится только тогда, когда безплодность перваго стала очевидной, когда появилась сильная боль, смѣщеніе, обширное нагноеніе, или когда общее состояніе таково, что дальнѣйшее экспериментированіе будетъ прямо во вредъ больному.

4) Начальныя стадіи бугорчатной водянки.

Показанія эти *König* заключаетъ слѣд. словами: «Почти невозможно сказать, какъ велико число случаевъ, излѣчивающихся отъ вышеописаннаго охранительнаго, лѣченія. Вѣрно то, что процентъ неизлѣченныхъ случаевъ гораздо больше, чѣмъ обыкновенно полагаютъ, причина этаго лежитъ въ неточности распознаванія. Хотя какъ мы видѣли выше (стр. 74) *König* относился довольно несимпатично къ консервативному лѣченію, смѣшивая его всецѣло съ экспектативнымъ, но показанія къ его примѣненію поставлены имъ довольно обширныя и могутъ быть резюмированы такъ: *всѣ бугорковыя пораженія составовъ, неосложненныя нагноеніемъ и разрушеніемъ составной сумки, подлежатъ консервативному лѣченію.* Въ сущности эти то случаи и даютъ при его примѣненіи самые лучшіе функціональные результаты. Съузить показанія *König*'а не представляется никакой возможности. Распространить же ихъ можно еще, на случаи съ нагноеніемъ составовъ, у дѣтей, но безъ обширнаго разрушенія составныхъ концовъ костей, хрящей и сумки, а равно по необходимости и на всѣ случаи, когда туберкулезный очагъ является недостаточнымъ для нашей оперативной помощи. Сторонникомъ консервативнаго лѣченія является *Margary-Motta* [1]) У него изъ 34 резецированныхъ вслѣдствіе туберкулезнаго коксита, умерло 13 (3 вскорѣ послѣ операціи отъ коллапса, 10 отъ хроническаго туберкулеза). Авторъ хотя теоретически и с т о р о н н и к ъ р а н н и х ъ р е з е к ц і й, но прибѣгаетъ къ оперативному вмѣшательству, лишь при значительной опухоли, нагноеніи въ глубинѣ составовъ и т. д. Болѣе легкіе же случаи онъ л ѣ ч и т ъ с ъ

[1]) 79 Resezioni di grandi articulationi. Arch. di ortopedia 1887, p. 329. реф. въ «Centr. blatt f. Chirurg. 1888.

б о л ь ш и м ъ у с п ѣ х о м ъ в ы т я ж е н і е м ъ и г и п с о в о й п о в я з к о й.

Изъ 12-ти случаевъ резекціи колѣна, 2 умерло отъ туберкулеза и амилоида, прочіе выздоровѣли, причемъ черезъ два года укороченіе не превышало 3 cmt.

Изъ 14 больныхъ, съ резецированнымъ локтемъ умеръ 1 отъ туберкулезнаго менингита, остальные выздоровѣли, 2 изъ нихъ съ болтающимся составомъ.

Проф. Борнгауптъ (l. c., ч. II, стр. 27) говоритъ, что «относительно лѣченія мѣстнаго туберкулеза вообще, взглядъ хирурговъ еще точно не установился. Какъ ошибаются тѣ, которые, указывая на факты самопроизвольнаго исцѣленія всевозможныхъ формъ мѣстнаго туберкулеза, во всѣхъ стадіяхъ его развитія, совѣтуютъ воздержаться отъ всѣхъ мѣстныхъ оперативныхъ предпріятій и заботиться лишь о поправленіи общаго состоянія здоровья, такъ какъ при такихъ условіяхъ организмъ самъ отдѣлывается отъ туберкулезныхъ пораженій; такъ равно ошибаются и тѣ хирурги, которые въ острой ложкѣ видятъ абсолютно вѣрное средство, для исцѣленія мѣстнаго процеса и при всякомъ рецидивѣ послѣ подобной операціи, доказываютъ неправильность производства ея. Мы имѣемъ много основаній предполагать, ч т о ж е л а е м а я ц ѣ л ь д о с т и г а е т с я м ѣ с т н ы м и о п е р а ц і я м и л и ш ь т о г д а, к о г д а и с о б с т в е н н ы я с и л ы о р г а н и з м а с о д ѣ й с т в у ю т ъ и с к о р е н ѣ н і ю б о л ѣ з н е н н а г о п р о ц е с с а. Очевидно, поэтому, что результаты получаемые вслѣдъ за мѣстными операціями, находятся въ прямой зависимости отъ возраста и состоянія здоровья больнаго. Нельзя сказать, чтобы туберкулезный процессъ во всѣхъ фазахъ своего развитія, требовалъ одного лишь оперативнаго вмѣшательства; напротивъ послѣднее не показано тамъ, гдѣ можно еще разсчитывать на самопроизвольное исцѣленіе, какъ, напримѣръ, въ началѣ спондилита, составнаго страданія и т. д.».

Затѣмъ въ главѣ о бугорчаткѣ составовъ, авторъ (l. c., стр. 91) говоритъ, что при всѣхъ вышеописанныхъ формахъ можетъ наступить самопроизвольное исцѣленіе и даже во всѣхъ стадіяхъ болѣзни. Оно совершается такимъ образомъ, что на периферіи фокуса образуются здоровыя грануляціи, которыя разростаются къ центру, самыя же периферическія грануляціи превращаются затѣмъ

въ рубцевую ткань, которая сокращаясь, вытѣсняетъ пораженную часть изъ организма, если она раньше не была совершенно уничтожена грануляціями. Пораженная часть всегда замѣняется обширными массами плотной соединительной ткани. Что же касается лѣченія, то резекція допускается лишь тогда, когда нельзя разсчитывать или на самопроизвольное исцѣленіе вообще, или на сохраненіе функціи члена.

Какими же патолого-анатомическими процессами обусловливается благопріятный исходъ болѣзни при консервативномъ лѣченіи? Въ костяхъ процессъ заживленія можетъ идти такимъ образомъ: осумкованный, туберкулезный, преимущественно небольшой, глубоколежащій очагъ, подвергается со временемъ казеозному, регрессивному метаморфозу, продукты котораго могутъ или оставаться на мѣстѣ, или всасываться. Такимъ образомъ уничтожается специфичность очага и его опасность для организма. На мѣстѣ бывшаго гнѣзда можетъ образоваться полость,—киста, съ различнаго рода содержимыми; или же послѣ распаденія очага развиваются, вмѣсто вялой фунгозной ткани, здоровыя грануляціи, превращающіяся впослѣдствіи въ плотную мозолистую, фиброзную ткань. Ткань эта, захватывая туберкулезный фокусъ заглушаетъ, уничтожаетъ его, вытѣсняя бывшія туберкулезныя грануляціи. Но возможно, что часть послѣднихъ съ миліарными узелками (содержащими бациллы или споры ихъ) остается и при благопріятныхъ условіяхъ,—травмѣ, упадкѣ питанія, инфекціонной болѣзни, является источникомъ рецидивовъ новыхъ бугорковыхъ пораженій костей и составовъ. Небольшіе костные секвестры, заключенные внутри очаговъ, могутъ постепенно разрушаться, разъѣдаться грануляціонною тканью и исчезать совершенно, или же инкапсулироваться въ развившейся фиброзной ткани.

Такъ бываетъ съ глубокими, или небольшими костными очагами. Болѣе поверхностные, могутъ самостоятельно вскрываться на поверхность кости, вызвать воспаленія надкостницы, мягкихъ частей и постепенно проложить себѣ дорогу наружу черезъ свищи. Послѣ опорожненія очага (которому мы помогаемъ выскабливаніемъ и т. п.) происходило исцѣленіе, путемъ выполненія полости его грануляціонной resp. фиброзной тканью. Понятно, что если очагъ вскроется не наружу, а въ составъ, то вмѣсто изцѣленія получимъ туберку-

лезъ послѣдняго, источникомъ котораго, какъ мы знаемъ изъ работъ König'a и Volkmann'a, является преимущественно вышеописанный процессъ.

Что же касается пораженія составовъ, то при исцѣленіи, если есть выпотъ, то онъ всасывается. Если же существуютъ грануляціонныя разрощенія на внутренней поверхности синовіальной оболочки, то въ нихъ, какъ указано выше, происходитъ фиброзное перерожденіе, результатомъ котораго можетъ быть фиброзный анкилозъ, если уже были разрушены части состава. Если же разрушеніе состава было невелико, то можетъ произойти полное возстановленіе подвижности и дѣятельности состава.

Считаю не лишнимъ привести здѣсь таблицу *Schmalfuss'a* (l. c. стр. 167), указывающую на частоту выздоровленія въ отдѣльныхъ частяхъ скелета.

Взрослые и дѣти.	%	Дѣти до 13 лѣтъ.	%
1. Плечевая кость. . .	100	Плечевая кость . .	100
2. Локтевая кость. . .	100	Плечевой составъ. .	100
3. Надколѣнникъ . . .	100	Лучевая кость. . .	100
4. Плечевой составъ . .	87	Локтевая кость . .	100
5. Лучъ	86	Б. берцовая кость .	89
6. Черепъ и лицо. . .	80	Стопа	77
7. Б. берцовая кость. .	79,5	Колѣно.	76
8. Стопа	79	Грудная клѣтка . .	75
9. Бедро	74	Черепъ и лицо . .	73
10. Колѣно	69,6	Бедренная кость . .	71
11. Кисть	68	Локоть	68
12. Грудная клѣтка . .	63	Позвоночникъ . . .	62,5
13. Локоть	62	Тазобедр. составъ. .	59,5
14. Тазобедренный составъ.	60	Кисть	50
15. Позвоночникъ . . .	58	Тазъ	25
16. Тазовыя кости . . .	23		

Рецидивы и зараженіе организма.

Рецидивы, наступающіе послѣ видимаго излѣченія мѣстнаго туберкулезнаго страданія, могутъ обусловливаться двумя причинами: или на самомъ мѣстѣ страданія остались, не смотря на лѣченіе, зародыши болѣзни, развивающіеся впослѣдствіи при благопріятныхъ условіяхъ, или же, хотя на мѣстѣ страданія и не осталось болѣе зародышей болѣзни, но внутри организма существуютъ другіе ту-

беркулезные фокусы, дающіе источникъ для новыхъ зараженій, т. е. другими словами, существуетъ туберкулезъ внутреннихъ органовъ. Но бываетъ и наоборотъ т. е. мѣстный очагъ, послѣ операціи является источникомъ общей туберкулезной инфекціи. Рецидивы, послѣ операціи, могутъ появляться въ различное время. При гранулирующей ранѣ, уже при первой перевязкѣ (черезъ 7 — 10 дней) мы наблюдаемъ, въ случаѣ рецедива, блѣдныя, нѣсколько отечныя грануляціи, покрытыя какъ бы сальнымъ налетомъ. Рубцеваніе раны пріостанавливается и образовавшіеся рубцы могутъ вновь изъязвляться.

При этомъ, отдѣляемое грануціонной поверхности измѣняетъ свой характеръ. Оно принимаетъ сывороточно - гнойный, слизистый видъ, количество его увеличивается и оно дѣлается жиже. При дальнѣйшемъ теченіи, въ глубинѣ грануляціонной ткани происходитъ казеозный распадъ новообразованныхъ миліарныхъ узловъ. Иногда, какъ па это указалъ Ollier, бываетъ что резекціонная рана, зажившая подъ одной, двумя повязками, первымъ натяженіемъ, вдругъ изъязвляется, на рубцѣ возникаютъ новыя фунгозныя грануляціи и затѣмъ слѣдуетъ картина рецидива.

Чаще всего, такіе рецидивы повидимому обусловливаются присутствіемъ (resp. остающимися) въ мѣстѣ страданія грануляціями, содержащими миліарные узелки, съ туберкулезными бациллами. Грануляціи эти, не удаленныя во время операціи, или па время заглушенныя разростающейся фиброзной тканью, являются источникомъ рецидива. Въ другихъ случаяхъ, рецидивы развиваются не въ самомъ мѣстѣ бывшаго страданія, а въ сосѣдствѣ его, въ повидимому здоровыхъ тканяхъ. Для объясненія такихъ фактовъ, надобно допустить, что, до излѣченія главнаго очага, уже предсуществовали въ глубинѣ тканей микроскопическіе узелки, содержащіе бактеріи, но что развитіе ихъ произошло лишь въ послѣдствіи.

Иногда травма, причиненная операціей и реактивное воспаленіе въ сосѣдствѣ раны, повидимому даютъ толчекъ для ихъ развитія. Таковы напримѣръ случаи рецидивовъ наблюдавшіеся послѣ насильственнаго выпрямленія анкилоза, при вполнѣ закончившимся процессѣ. Такъ: *Schumann* [1]) описываетъ случай когда послѣ brisement

[1]) Brisement forcé eines scrophulösen entzündeten Kniegelenks, mit konsekutiver akuter allgemeiner Miliartuberculose. Centbl. f. Chirurg. 1885, стр. 517.

forcé колѣна, у ребенка, быстро развились явленія общаго туберкулеза, сопровождавшіеся высокой t°-й и смертельнымъ исходомъ. Отсюда выводъ: ограничить показанія къ этой операціи, тамъ, гдѣ можно еще предполагать существованіе туберкулезныхъ очаговъ. Аналогичные факты сообщаетъ *M. Oberst* [1]) и такъ какъ анкилозы развились послѣ тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзней, то авторъ заключаетъ, что надобно быть очень осторожнымъ съ brisement forcé и кровавая операція, въ такихъ случаяхъ представляетъ гораздо меньше опасности. Вѣроятно оставшіеся микроорганизмы нагноенія находятъ хорошую почву для развитія въ образовавшихся, вслѣдствіи операціи, кровяныхъ сгусткахъ. *Максимовъ* [2]) говоритъ, что *Volkmann* рекомендуетъ прибѣгать къ brisement forcé суставовъ лишь тогда, когда основной resp. туберкулезный процессъ совершенно закончился. Въ противномъ случаѣ, вмѣсто пользы можно принести лишь вредъ. Сморщившаяся и сократившаяся суставная капсула, при этомъ неизбѣжно разрывается и если въ ней было неокончившееся воспаленіе, то оно сильно обостряется. Вытяженіе въ такихъ случаяхъ оказывается болѣе цѣлесообразнымъ, оно ведетъ къ выпрямленію конечности, обусловливая въ тоже время покой ея.

Во всѣхъ, приведенныхъ и аналогичныхъ случаяхъ, мы имѣемъ основаніе предполагать, что у даннаго индивидума существуетъ латентное предрасположеніе къ туберкулезнымъ заболѣваніямъ.

Въ подобныхъ случаяхъ, у такъ называемыхъ золотушныхъ субъектовъ, незначительная травма вызываетъ дѣятельность туберкулезнаго яда, бывшаго скрытымъ до сихъ поръ. Съ другой стороны, не разъ указывали на то, что послѣ оперативнаго вмѣшательства, при наружномъ хирургическомъ туберкулезѣ, возникалъ или обострялся существовавшій процессъ во внутреннихъ органахъ и принимая бурное теченіе, скоро велъ къ летальному исходу.

Удаленіе туберкулезнаго очага, не только не гарантируетъ, какъ можно бы было ожидать, организмъ отъ общей инфекціи, но напротивъ вызываетъ ее.

Для объясненія подобныхъ фактовъ и предложена *Verneuil*'емъ *теорія аутоинокуляціи*; вотъ, что объ ней говоритъ *Bouilly* (l. c.

---

[1]) Vier Fälle von akuten Eiterung nach brisement forcé. Centblt. f. Chir 1885. № 21.

[2]) Заграничныя письма. Хирург. Вѣстн. 1887 стр. 34.

стр. 88). «Всѣмъ извѣстно, что значительное число холодныхъ нарывовъ, костныхъ пораженій и страданій, при которыхъ находятся туберкулезныя бациллы, оканчиваются самопроизвольными исцѣленіями, безъ помощи хирурга. Поэтому, мы по необходимости должны допустить, что условія среды, въ извѣстную минуту становятся таковыми, что микроорганизмы или разрушаются, или остаются недѣятельными, теряя способность къ размноженію и воспроизведенію. Съ другой же стороны, мы знаемъ, что поврежденіемъ такого очага легко можно вызвать взрывъ общаго туберкулеза, могущій убить въ короткій срокъ больнаго. Нельзя ли найти объясненіе этому явленію въ присутствіи микроорганизмовъ. Нельзя ли предположить, что, вскрывая кровеносные и лимфатическіе сосуды, даютъ возможность проникнуть спорамъ бациллъ въ циркулирующіе соки. Затѣмъ эти споры останавливаются и размножаются въ средахъ, наиболѣе для этого благопріятныхъ. Эта идея аутоинокуляціи, высказанная раньше проф. *Verneuil*'емъ, объясняетъ явленія общаго туберкулеза, часто наступающія вслѣдъ за хирургическимъ вмѣшательствомъ и въ тоже время, вполнѣ согласуется съ другими фактами—инокуляціи, когда вторичные припадки быстро вспыхиваютъ, послѣ введенія въ организмъ септическихъ веществъ, проникающихъ въ потокъ циркуляціи. Таковы напр. лимфангиты, рожи, вспышки острой септицеміи, развивающіяся внезапно послѣ изслѣдованія поверхности раны, или гноящейся полости, когда инструментомъ нарушается цѣлость сосудовъ, въ которые и проникаютъ септичесіе микробы».

Подобные случаи развитія туберкулеза, послѣ удаленія первичнаго гнѣзда, собраны и разработаны *Demars*'омъ [1]) и *Verneuile*'мъ.

Послѣдній, приводя цѣлый рядъ такихъ случаевъ со смертельнымъ исходомъ, говоритъ «я знаю какъ объясняютъ эти факты хирурги, желающіе оправдать во чтобы то нистало оперативное вмѣшательство. Они скажутъ, что послѣднее вовсе не вызывало осложненій, поведшихъ къ смертельному исходу, который былъ бы неизбѣжнымъ и безо всякихъ операцій, что въ сущности здѣсь было только случайное совпаденіе травматизма со смертельнымъ менинги-

---

[1]) *Demars*, De la généralisation tuberculeuse, après l'ablation d'un tubercul local initial и *Verneuil*. généralisations tuberculeuse, въ Etudes experimentales et cliniques sur la tuberculose, publieés sous la direction de M. prof. Verneuil T. I стр. 238—246. 1887.

томъ, а не взаимная послѣдовательность обоихъ явленій». Оспаривая такое объясненіе, *Verneuil* считаетъ болѣе благоразумнымъ принять на себя часть отвѣтственности за происшедшій смертельный исходъ и стараться найти средство чтобы ему помѣшать, на будущее время.

«Такіе факты, продолжаетъ онъ, указываютъ на то, какъ часто заблуждаются хирурги, думая, что они у туберкулезныхъ производятъ радикальныя операціи. Самъ характеръ операціи (l. c. стр. 295) не вліяетъ на предрасположеніе къ общему зараженію, такъ какъ послѣднее наступаетъ, какъ послѣ механическаго лѣченія, такъ и послѣ кровавыхъ операцій, между которыми мы насчитываемъ ампутаціи, резекціи, незначительныя выскабливанія, экстирпаціи железъ и т. п. Слѣдовательно, опасность почти одинакова для всѣхъ случаевъ—легкихъ, или тяжелыхъ. Однако я замѣтилъ, что осложненія эти наблюдаются преимущественно у субъектовъ неподвергнувшихся соотвѣтственному предварительному лѣченію (фармацевтическому, гигіеническому и діэтетическому) причемъ многіе изъ нихъ были оперированы вскорѣ послѣ поступленія въ больницу. Въ такихъ случаяхъ происходитъ вотъ что: такъ какъ приходится оперировать въ мѣстности уже зараженной, т. е. уже пораженной туберкулезомъ, то существуетъ много вѣроятія для развитія явленій аутоинокуляцій, т. е. центробѣжной колонизаціи, источникомъ которой служитъ болѣзненный очагъ. Въ самомъ дѣлѣ, заключенные in loco dolenti, микробы, освобождаются травмою, проникаютъ въ потокъ кровообращенія и останавливаясь въ различныхъ органахъ, образуютъ болѣе, или менѣе значительные вторичные очаги. Этому можно противудѣйствовать тремя способами: 1) или уничтожая и ядъ и очагъ его, выскабливаніемъ, резекціей, ампутаціей и т. п. 2) Или, уничтожая ядъ въ самомъ очагѣ, впрыскиваніями іодоформа, или другаго средства, убивающаго микробы. 3) Или, уничтожая ядъ, во время циркуляціи его—противупоставляя микробической ядовитой дискразіи—дискразію убивающую микробы, вводя въ кровь больнаго агентъ, невредный для его здоровья, но нейтрализующій, или убивающій циркулирующій ядъ. Я достигаю этого внутреннимъ употребленіемъ іодоформа (отъ 0,05 до 0,15 grm. въ сутки).»

Эти явленія аутоинокуляціи потверждаетъ и *Petitot* въ своей диссертаціи (l. c. стр. 23) на основаніи 3, наблюдавшихся имъ и *Bouilly* случаевъ.

Какъ мы видимъ Verneuil приписываетъ главное значеніе общему лѣченію. Другіе, наоборотъ стоятъ за возможно раннее удаленіе рецидивовъ. Такъ *Volkmann* (l. c. Chir. Kongr. XIV. § 27), констатируя тотъ фактъ, что раны послѣ костныхъ и составныхъ операцій часто, до окончательнаго заживленія, дѣлаются опять туберкулезными, фистулы и дренажные каналы вновь наполняются фунгозными грануляціями и зажившія части раны опять изъязвляются, вновь образуются туберкулезные очаги, настаиваетъ на энергическомъ лѣченіи: выскабливаніяхъ, прижиганіяхъ, широкихъ разрѣзахъ, а въ особенности тампонадѣ раскрытой раны іодоформенной и сулемированной марлей. Особенно онъ рекомендуетъ, послѣднее т. е. антисептическую тампонаду, какъ самое дѣйствительное средство, которое въ тяжелыхъ случаяхъ слѣдуетъ примѣнять вслѣдъ за первой же операціей. Главное же дѣло—при рецидивахъ, не медлить съ послѣдовательной операціей, чтобы не дать времени страданію распространиться на большее протяженіе. Часто необходимо 4—6 и болѣе, быстро слѣдующихъ другъ за другомъ, операцій, которыя все уменьшая и ограничивая болѣзненный очагъ въ концѣ, доводятъ до полнаго исцѣленія.

Далѣе онъ говоритъ: (§ 28). «Кажется, что вслѣдствіе проникновенія туберкулезнаго яда, въ открытые послѣ операціи кровеносные пути, можетъ возникать общій острый милліярный туберкулезъ, чаще всего сопровождающійся базилярнымъ менингитомъ.

(§ 43). Мѣстные рецидивы послѣ операціи, вторичное фунгозное пораженіе ранъ и т. д. имѣютъ въ своей основѣ, не конституцію больнаго, не скрофулезный, или туберкулезный діатезъ, какъ это обыкновенно предполагаютъ, но они часто исключительно зависятъ отъ того, что операція не была чистой и что остались туберкулезныя ткани, которыя разростались дальше и заражали здоровыя грануляціи, ткани, рубцы и т. п. Къ такимъ же выводамъ приходитъ и *Viskemann* [1]), говоря, что какъ при первой, такъ и при вторичной (рецидивной) операціи, все вниманіе одинаково должно быть направлено на удаленіе туберкулезныхъ тканей, грануляцій и казеозно перерожденныхъ мѣстъ.

---

[1]) Die verschiedene Wege der Infectiösen Genese des Recidivs, nach der Operation. Langenbeck's Archiv. T. XXX. 1887, стр. 353.

Wartmann [1]), приводитъ слѣдующую статистику резекцій съ цѣлью указать, какъ часто вслѣдъ за ними является общій туберкулезъ.

	Резекція и послѣдовательная ампутація.	Всего смертныхъ случаевъ.	Умершіе послѣ операціи отъ остраго миліарнаго туберкулеза.
Albrecht	162	75	9
Isaak	8	1	—
Walzberg и Riedel . . .	21	5	1
Vetsch	27	5	—
Caumont.	7	3	1
Willemer	63	30	5
Sack.	144	25	2
Mensing	92	10	1
Fritz.	37	8	—
Dürr.	9	—	—
Hinsch	9	2	1
Grosch	120	44	3
Münch	45	5	1
Benthin	19	1	—
Wartmann	74	11	2
Итого:	837	225	26
	—	26,8%	11,5%

Слѣдовательно: умерло 26,8% оперированныхъ, а изъ этого числа отъ острой милліарной бугорчатки 11,5%.

«Весьма интереснымъ бы было, продолжаетъ онъ (l. c. стр. 500), сдѣлать такое же сопоставленіе случаевъ, лѣченныхъ чисто консервативнымъ методомъ. Если вспомнить объ аналогичныхъ туберкулезныхъ заболѣваніяхъ, которыя всегда лѣчатся чисто консервативно, (какъ напр. спондилиты) то и при нихъ, отнюдь не рѣдко наблюдаются острые миліарные туберкулезы, чаще всего мозговыхъ оболочекъ, которые заканчиваютъ собой картину болѣзни и если бы возможно было сравнить достаточно большое количество другихъ, чисто консервативно лѣченныхъ туберкулезовъ костей, то мы бы убѣдились, что и здѣсь процентъ смертности отъ общаго туберкулеза былъ бы не маленькимъ. Матеріалы изъ большой Геттингенской клиники приведенные *König*'омъ указываетъ на то, (Бол. костей стр.

[1]) Deutz Zeitsh. f. Chirurg. l. c. стр. 435—505.

86), что необходимость удаленія туберкулезныхъ очаговъ, ради огражденія человѣка отъ угрожающей ему опасности, была совершенно незаслуженно выдвинута на передній планъ, и König совѣтуетъ относительно болѣзни костей и составовъ совершенно отвергнуть это показаніе».

Таковы отрицательныя стороны оперативнаго лѣченія, на которыя указываютъ какъ сторонники, такъ и противники его и съ которыми мы не можемъ не согласиться, въ виду обилія существующихъ фактовъ. Но съ другой стороны этимъ фактамъ можно противупоставить значительное количество случаевъ, когда резекція оказывала крайне благодѣтельное вліяніе на теченіе общаго туберкулеза, задерживая его на продолжительное время. Нѣкоторые изъ подобныхъ фактовъ мы уже привели выше, говоря о показаніяхъ къ резекціямъ [1]) *Leroux*, (Thèse l. c. стр. 56) сравнивая вліяніе ампутацій и резекцій на ходъ легочныхъ пораженій у чахоточныхъ, пришелъ къ заключенію, что ампутаціи (изъ 44 ампутированныхъ умерло отъ туберкулеза 27=61,4%) ускориваютъ теченіе легочнаго туберкулеза, почти въ половинѣ случаевъ. Такъ изъ 27 умершихъ, 15 умерло раньше чѣмъ черезъ мѣсяцъ послѣ операціи. Резекціи же напротивъ обнаруживаютъ благодѣтельное вліяніе. Лишь рѣдко послѣ нихъ приходится наблюдать такія быстрые смертельныя исходы, какъ послѣ ампутаціи. Правда умираютъ и резецированные (изъ 50—36=72%) но далеко не такъ скоро, поэтому мы можемъ утверждить, что резекція не ускоряетъ исхода у чахоточныхъ. Исключеніе изъ этого представляютъ дѣти до 15 лѣтъ, у которыхъ резекціи обнаруживаютъ столь же неблагопріятное теченіе, какъ ампутаціи у взрослыхъ. Вообще успѣхъ лѣченія будетъ тѣмъ лучше, чѣмъ раньше была предпринята операція. Уничтожая очаги нагноенія уничтожаютъ этимъ источникъ истощенія силъ больнаго.

Но послѣ всего этого, весьма странно, что *Leroux* приходитъ къ совершенно противуположному заключенію, что все таки ампутація предпочтительнѣе, такъ какъ она даетъ меньшую смертность, чѣмъ резекція, требуетъ меньше времени для заживленія раны и потому должна быть предпочтена резекціямъ. Замѣчу лишь, что цифры Leroux слишкомъ малы, чтобы дѣлать изъ нихъ такіе положительные и абсолютные выводы, какъ авторъ. Выводы эти подверглись критикѣ со стороны *Ollier*, причемъ послѣд-

ній говоритъ [1]), что резекціи у чахоточныхъ даютъ положительные, стойкіе результаты, не только въ смыслѣ прекращенія мѣстнаго процесса, но также остановки общаго. Въ подтвержденіе онъ приводитъ случаи, которые онъ наблюдаетъ уже 10—15 лѣтъ послѣ резекціи, въ которыхъ легочное страданіе остановилось и не прогрессировало болѣе. Такого же мнѣнія и *Ch. Nelaton* (l. c. стр. 170) совѣтуя во всѣхъ случаяхъ, гдѣ пораженія представляютъ ограниченное разрушеніе, резецировать, тѣмъ болѣе, что при нынѣшнихъ средствахъ—антисептической повязкѣ и примѣненіи іодоформа рана быстро заживаетъ. *Petitot* (l. c. стр. 166) тоже утверждаетъ, что ему не приходилось наблюдать ухудшенія легочнаго процесса послѣ операціи, въ двухъ же случаяхъ онъ видѣлъ весьма явственное улучшеніе легочнаго процесса.

Д-ръ Гильченко [2]) описалъ случай оперированнаго больнаго (ампутація праваго плеча вслѣдствіе туберкулезнаго пораженія локтя) гдѣ, вслѣдъ за ампутаціей, наступила остановка и незначительное улучшеніе легочнаго процесса, (пораженіе легочныхъ верхушекъ).

Вопросъ о результатахъ лѣченія, о значеніи операціи для сохраненія жизни больнаго и о томъ, какая изъ операцій предпочтительнѣе и вѣрнѣе ведетъ къ цѣли, былъ предметомъ обсужденія IV конгресса французскихъ хирурговъ. Здѣсь *Verneuil* раздѣлилъ результаты лѣченія туберкулеза костей и составовъ на болѣе близкіе и отдаленные.

Первые могутъ быть хорошими, посредственными, не вести ни къ какой перемѣнѣ, или худыми. Хорошіе результаты получаются при рубцеваніи очага и исчезновеніи мѣстнаго страданія; они получаются часто, особенно со времени введенія антисептики. Посредственными результами мы должны считать такіе, когда, послѣ резекціи, или вскрытія натечнаго абцесса, остались свищи, но все-таки больной получилъ облегченіе. Въ третьихъ случаяхъ, мы не получаемъ облегченія и процессъ идетъ дальше, не смотря на операцію. Наконецъ, результатъ бываетъ плохимъ и смерть слѣдуетъ за нашимъ вмѣшательствомъ, или же бугорчатка развивается въ другихъ ор-

---

1) *Ollier* Résections. стр. 454.

2) *Гильченко*. «Къ вопросу о мѣстномъ лѣченіи бугорчатки». Русская Мед. 1885. № 47).

ганахъ, вызывая или менингитъ или метастазъ, или же, медленно-текущіе до сихъ поръ хроническіе процессы, вспыхиваютъ и ведутъ къ летальному исходу (coup de fouet). Что касается отдаленныхъ результатовъ, то мы можемъ установить подобное же дѣленіе—они хороши, если къ хирургическому эффекту присоединяется терапевтическій. Слѣдя продолжительное время за больными, мы убѣждаемся, что этотъ результатъ рѣдко достижимъ. Посредственными результатами мы назовемъ тѣ случаи, когда послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго времени процессъ рецидивируетъ на старомъ, или вновь появляется на новомъ мѣстѣ. Эти случаи самые частые и такіе больные погибаютъ отъ общаго туберкулеза.

Затѣмъ *Ollier* указалъ, что болѣе отдаленные результаты далеко неодинаковы у различныхъ больныхъ—что зависитъ отъ среды, въ которой они находятся послѣ операціи. «Если резекція локтя и даетъ такіе блестящіе результаты, то это лишь потому, что больные могутъ ходить и оставить зараженную атмосферу госпиталя. Точно также, съ тѣхъ поръ, какъ онъ сталъ ставить, резецированныхъ на стопѣ, въ такіе же условія, результаты стали болѣе удовлетворительными. Такъ около 12—13 больныхъ съ частичной резекціей стопы—не представляютъ рецедивовъ съ 1883—84 и 85 годовъ.

Хотя случаи общаго туберкулеза, развившагося послѣ операціи существуютъ несомнѣнно, но все таки они не на столько часто встрѣчаются, чтобы заставить насъ отказаться отъ громадныхъ выгодъ, представляемыхъ оперативнымъ вмѣшательствомъ, дающимъ полное исцѣленіе въ случаяхъ, гдѣ хирургъ встрѣчаетъ остатки туберкулезнаго процесса—свищи, хроническія воспаленія. Если же нѣсколько времени спустя и появляются пораженія внутреннихъ органовъ (легкихъ), то можно ли ихъ съ увѣренностью приписывать вліянію операцій? Скорѣе не должны ли мы спросить себя, не существовали ли они уже въ моментъ операціи, когда они остались незамѣченными».

Резюмируя выше сказанное, *Ollier* полагаетъ, что оперативное вмѣшательство вполнѣ оправдывается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда путемъ внимательнаго изслѣдованія, мы убѣдились въ отсутствіи пораженія внутреннихъ органовъ. Оно должно быть по возможности раннимъ, но мы не должны впадать въ преувеличеніе и предпринимать излишнія операціи. Если только требуется

получить быстрое излѣченіе, то жертвуя конечностью, дѣлаютъ ампутацію, но если нужно сохранить больному полезную конечность, то нужно прибѣгнуть къ консервативнымъ операціямъ и можно быть тѣмъ консервативнѣе, чѣмъ моложе больной, какъ это указываютъ весьма благопріятные результаты на ногѣ,—области, которая считалась менѣе всего удобной для подобнаго рода операцій.

M. Houzel (тамъ же) полагаетъ, что самымъ дѣйствительнымъ способомъ лѣченія являляется возможно раннее и полное удаленіе туберкулезныхъ очаговъ, вслѣдъ за которымъ прежде всего наблюдались въ теченіи немногихъ дней, исцѣленіе туберкулезныхъ пораженій въ другихъ областяхъ, упорно противостоявшихъ въ теченіи годовъ нашему лѣченію. Далѣе, при соблюденіи антисептики получаются линейные рубцы едва замѣтные, тогда какъ при естественномъ ходѣ процесса, вслѣдъ за продолжительнымъ нагноеніемъ, остаются обширные, безобразные рубцы.

Выводы *Bosquet* (тамъ же) слѣдующіе.

1) Операціи при мѣстномъ туберкулезѣ, при соблюденіи антисептическихъ предосторожностей не ведутъ къ осложненіямъ.

2) Даже въ случаяхъ обширныхъ разрѣзовъ, не наблюдалось распространенія болѣзни или общаго заболѣванія.

3) У чахоточныхъ субъектовъ ухудшеній не наблюдалось, а напротивъ ихъ общее состояніе улучшалось.

4) Туберкулезъ костей и составовъ долженъ быть всегда лѣченъ мѣстно, оперативно, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, гдѣ, слишкомъ обширное пораженіе легкихъ, противопоказываетъ какое бы то ни было оперативное вмѣшательство.

5) При диффузныхъ, распространяющихся костныхъ туберкулезахъ, ампутація является единственнымъ спасеніемъ, но на нее нужно рѣшаться лишь, испытавъ предварительно всѣ средства для остановки болѣзни.

Къ этимъ выводамъ вполнѣ присоединяется и *Dr. Routier*, приводя въ доказательство двѣ серіи оперированныхъ больныхъ. Въ первой изъ 88, умеръ 1, на 14 день послѣ операціи (ампутація бедра) отъ острой, не туберкулезной пневмоніи. Во 2-й серіи—изъ 150 тоже умеръ 1, на 3-ій день послѣ Шопартовской операціи, отъ уреміи (Hydronephrosis). Что же касается отдаленныхъ результатовъ то, во всѣхъ, извѣстныхъ Routier случаяхъ, они были бла-

гопріятными, послѣ операціи прошло отъ 3 до 7 лѣтъ. *Le Dentu* полагаетъ что при множественныхъ очагахъ туберкулеза, должно удержаться отъ хирургическаго вмѣшательства и предоставить поле терапіи. Но если очаговъ немного, то удаленіе нѣкоторыхъ изъ нихъ безъ сомнѣнія оказываетъ благодѣтельное вліяніе на неоперированные очаги.

Итакъ, всѣ выше поименованные хирурги согласны съ пользой приносимой резекціями въ смыслѣ удаленія болѣзненнаго очага, но вмѣстѣ съ тѣмъ и предостерегаютъ отъ излишняго увлеченія операціями.



III.

Сравнительные результаты консервативнаго и оперативнаго методовъ лѣченія мы постарались вывести какъ на основаніи результатовъ, полученныхъ при разсмотрѣніи исторіи болѣзней, которыя вкратцѣ приведены, въ видѣ таблицъ, въ концѣ нашей работы, такъ и многочисленныхъ статистическихъ литературныхъ данныхъ. Благодаря любезному разрѣшенію проф. И. И. Насилова и доцента Н. А. Круглевскаго, которымъ я приношу за это мою искреннюю признательность, я имѣлъ возможность пользоваться скорбными листами академическихъ клиникъ: Михайловской, Баронета Видліе и Госпитальной клиники, бывшей проф. Богдановскаго. Матеріалъ этотъ былъ собранъ мною за послѣдніе годы, при выборѣ его я руководствовался желаніемъ имѣть по возможности большее число консервативно-лѣченныхъ случаевъ, свѣдѣнія о которыхъ такъ скудно разбросаны въ литературѣ, въ то время какъ относительно резекціи существуетъ масса сообщеній, выводовъ и цифръ.

Въ этомъ отношеніи матеріалы изъ бывшей клиники проф. Богдановскаго и представлялись для меня очень цѣнными, такъ какъ тамъ лѣченіе было преимущественно консервативнымъ.

На скудность свѣденій о результатахъ консервативнаго лѣченія указываетъ *Albert* [1]), говоря, что результаты консервативнаго лѣченія въ настоящее время почти не встрѣчаются въ литературѣ. Въ то время, какъ въ особенности въ послѣдніе годы, оперативная терапія, преимущественно резекціи, примѣняются очень часто и имѣютъ свою обширную казуистическую и статистическую литературу, напрасно бы мы стали искать подобныхъ документовъ въ области консервативной терапіи.

Взявъ всѣ случаи фунгозныхъ заболѣваній изъ этихъ 2 кли-

---

[1]) Die Therapie der Knochen und Gelenktuberculose. Allg. Wien. Med. Zeit. 1886. № 1.

никъ, я не счелъ возможнымъ высчитывать какой % составляютъ случаи эти, по отношенію къ общему количеству лѣченныхъ больныхъ, опредѣлять % отношеніе мужчинъ, женщинъ и дѣтей, (какъ это сдѣлали многіе автры занимавшіеся этимъ вопросомъ) на томъ основаніи, что поступленіе больнаго въ клинику зависитъ отъ массы обстоятельствъ — опредѣленнаго количества кроватей, для каждой категоріи (м., ж. и дѣти) клиническаго интереса даннаго случая и т. п. Поэтому не останавливаясь на этихъ выводахъ, перейду къ изложенію имѣющихся результатовъ, группируя ихъ по отдѣльными областямъ и разумѣя подъ «результатами» то состояніе, въ какомъ больные оставили клинику.

А. Туловище.

I. Позвоночникъ.

Всѣхъ случаетъ страданій позвоночникабыло 34 (м. 21, ж. 13).

По возрастамъ эти больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

	Возрастъ. м.	Возрастъ. ж.	итого.	Результаты лѣченія. получили облегченіе.	безъ улучшенія.	умерло
до 10 лѣтъ. . .	9	7	16	13	3	—
отъ 10 до 20 л.	4	3	7	5	1	1
» 21 » 30 »	5	2	7	5	—	2
» 31 » 40 »	2	1	3	2	1	—
» 41	1	—	1	—	—	1
Итого	21	13	34	25	5	4

Изъ этіологическихъ моментовъ: золотуха отмѣчена въ анамнезѣ у 12 больныхъ, рахитъ у 4. У большинства моментомъ, вызвавшимъ страданіе являются ушибы и травматическія поврежденія. Развитіе процесса послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней наблюдалось 8 разъ. Изъ осложненій: туберкулезъ легкихъ былъ 9 разъ, пораженіе почекъ (брайтова болѣзнь и амилоидъ) 2 раза.

Наши данныя слишкомъ скудны для того, чтобы мы могли сдѣлать выводъ о частотѣ пораженія отдѣльныхъ позвонковъ въ различныхъ возрастахъ. Въ этомъ отношеніи особеннаго внимапія заслуживаютъ выводы *Jaffè* (l. c. стр. 442), изъ 82 случаевъ, въ томъ числѣ результаты аутопсіи 22 умершихъ больныхъ, найдено было пораженіе 55 позвонковъ. Вычисленное имъ процентное отно-

шеніе доказываетъ, что частота заболѣванія прогрессируетъ отъ атланта (3%) до VI спиннаго (52%) и затѣмъ падаетъ до IV поясничнаго. *Hueter* (Хирург. l. c. т. II, стр. 503) объясняетъ это обстоятельство тѣмъ, что большой ростъ нижнихъ грудныхъ и поясничныхъ позвонковъ, способствуетъ болѣе частому заболѣванію ихъ, такъ какъ вслѣдствіе обилія сосудовъ и ростущихъ сосудистыхъ почекъ, костный мозгъ легче удерживаетъ заразу бугорчатки.

Найденныя при вскрытіяхъ, *Jaffé*, пораженія не представляютъ въ % отношеніи такой же правильности. Изъ шейныхъ чаще всего былъ пораженъ II позвонокъ—6%, затѣмъ VI-ой 9%; далѣе X и XI грудные—6% и IV поясничой 16%. Мы уже видѣли (на стр. 66), что въ статистикѣ Billroth'a-Menzel'я и Jaffé пораженія позвоночника занимаютъ первое мѣсто и составляютъ 35,2% всѣхъ каріозныхъ страданій.

По *Jaffé*, 62% всѣхъ заболѣваній позвоночника, приходится на дѣтскій возрастъ, изъ нашихъ же данныхъ мы имѣемъ лишь 47%, что объясняется незначительнымъ количествомъ дѣтскихъ кроватей въ клиникахъ. По статистикѣ же *Schmalfuss'a*, дѣти моложе 16 лѣтъ составляютъ почти половину такихъ больныхъ и 5,7% всѣхъ случаевъ хирургическаго и въ частности, 7,6% костнаго туберкулеза.

Въ нашихъ случаяхъ, насколько можно судить по прижизненнымъ даннымъ изъ скорбныхъ листковъ (умерло всего 4 больныхъ), пораженія позвонковъ располагались такимъ образомъ.

Шейные: I—2; II—3; III—3; IV—3; V—1; VI—2; VII—2 раза, всего было поражено 16 позвонковъ.

Грудные: I—2, II—4, III—4, IV—4, V—8, VI—9, VII—9, VIII—8, IX—5, X—6, XI—9; XII—11 разъ, всего 79 позвонковъ.

Поясничные: I—11, II—10, III—6, IV—4, V—2 раза, всего 33 позвонка.

Крестцовые: I—1, II—1, III—1 разъ, всего 3 позвонка.

Слѣдовательно: въ 34 случаяхъ былъ пораженъ 131 позвонокъ—число слишкомъ большое, которое и объясняется прижизненнымъ діагнозомъ, который естественно не можетъ быть такъ точенъ, какъ на секціонномъ столѣ.

Лѣченіе во всѣхъ случаяхъ было чисто консервативнымъ и заключалось: въ вытяженіи по Volkmann'у—17 разъ—15 улучшеній,

на кровати Раухфуса 4 раза—3 улучшенія. Являясь главнымъ, основнымъ методомъ лѣченія, оно комбинировалось и съ другими методами. Тогда, по мѣрѣ улучшенія, переходили отъ вытяженія къ сейровскимъ корсетамъ и т. п. Собственно говоря, почти всѣ случаи были пользованы вытяженіемъ, приведенныя же цифры указываютъ лишь тѣ случаи, когда оно исключительно примѣнялось. Сейровскій корсетъ былъ примѣненъ, съ успѣхомъ (въ менѣе тяжелыхъ случаяхъ) 7 разъ.

Натечные нарывы были у 15 больныхъ, вскрыто было ихъ 12, въ 2 случаяхъ безъ улучшенія, въ 4 со смертельнымъ исходомъ (септицемія, рожа, брайтова болѣзнь и общій туберкулезъ), въ 2 изъ нихъ, вскрытіе послужило поводомъ къ послѣднему. Аспирація и впрыскиваніе эфирнаго раствора іодоформа произведено 4 раза—3 съ успѣхомъ. Игнипунктура примѣнена 1 разъ. Парезъ конечностей наблюдался 12 разъ, исходъ его находился въ связи съ основнымъ страданіемъ и лѣченіе ваннами, массажемъ и электричествомъ способствовало благопріятнымъ результатамъ.

И такъ въ результатѣ мы получили выздоровленій и улучшеній 25 (73,5%), незначительныхъ улучшеній и безъ перемѣны 5 (14,7%) и смертельныхъ исходовъ 4 (11,7%) итого успѣшныхъ исходовъ 25 (73,5%) неуспѣшныхъ 9 (26,5%).

Холодные нарывы, такъ часто сопровождающіе фунгозныя пораженія костей и въ особенности позвоночника, составляли для прежнихъ хирурговъ «noli me tangere», такъ какъ послѣ вскрытія ихъ обыкновенно наблюдалась септицемія, рожа и т. п. болѣзни, ведущія къ летальному исходу. Но благодаря антисептикѣ, взгляды измѣнились, терапія этихъ страданій сдѣлала громадные успѣхи и мы смѣло вскрываемъ эти нарывы, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе полагать, что процессъ въ костяхъ уже затихъ. Въ противномъ же случаѣ, многіе хирурги предпочитаютъ аспирацію гноя, съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ антисептическихъ жидкостей. *Hueter* рекомендуетъ 3—5% растворъ карболовой к. для впрыскиванія, какъ въ полость нарыва, такъ и въ надкостницу дугъ позвонковъ, говоря, что произвелъ сотни такихъ впрыскиваній, безъ малѣйшихъ вредныхъ послѣдствій, и во многихъ, особенно начальныхъ случаяхъ съ хорошими результатами. Онъ же приписываетъ раннему вскрытью натечныхъ абсцессовъ громадное противу-

воспалительное значеніе. *König* (Хир. IV, стр. 720) стоитъ тоже за вскрытіе абсцессовъ, являясь противникомъ проколовъ и аспираціи, считая ихъ дѣйствіе невѣрнымъ. Конечно, никто ихъ не считаетъ радикальнымъ методомъ лѣченія, но и отказываться отъ нихъ нѣтъ основанія, такъ какъ, мы путемъ сравнительно невинной операціи избавляемъ больнаго отъ гнойнаго скопленія, т. е. избавляемъ отъ возможнаго всасыванія гноя, облегчаемъ, въ иныхъ случаяхъ возстановленіе подвижности, затрудненной объемистымъ нарывомъ и т. п. Съ другой же стороны, методъ этотъ не требующій послѣдовательнаго лѣченія, даетъ больному возможность пользоваться движеніемъ на свѣжемъ воздухѣ, на пользу котораго уже указывалъ Ollier. Но нельзя не согласиться съ König'омъ, въ томъ, что не слѣдуетъ спѣшить (какъ совѣтуетъ Hueter) со вскрытіемъ нарыва, а слѣдуетъ выждать, пока онъ не станетъ болѣе доступнымъ.

Мнѣнія *Hueter'a* придерживался и *Volkmann* (на XIV конгрессѣ l. c. § 26) совѣтуя раннее вскрытіе, даже большихъ натечныхъ абцессовъ, конечно съ соблюденіемъ всѣхъ антисептическихъ предосторожностей.

Того же мнѣнія держатся и *Lannelongue* (Abcès froids l. c. стр. 79) *Boeckel* (Chir. antiseptique l. c. стр. 454). Всѣ они настаиваютъ также на возможно полномъ удаленіи піогенной оболочки, выстилающей стѣнки абсцесса, въ которой присутствіе миліарныхъ узелковъ доказано многочисленными изслѣдователями.

Пользуясь этимъ обстоятельствомъ, *Bruns* старался изучить непосредственно антитуберкулезное дѣйствіе іодоформа [1]). Впрыскивая въ 54 случаяхъ эмульсію іодоформа (въ спиртѣ и глицеринѣ) онъ ни разу не наблюдалъ, ни воспалительной реакціи, ни явленія интоксикаціи. Въ б. части случаевъ, достаточно было, однаго впрыскиванія и приходилось иногда повторять его еще 2—3 раза, черезъ 3—4 недѣли. Полное выздоровленіе, въ 40 случаяхъ, наступало черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Успѣшное дѣйствіе этого метода, *Bruns* объясняетъ распаденіемъ туберкулезной ткани и образованіемъ здоровыхъ грануляцій, подъ вліяніемъ іодоформа. Для потвержденія этого предположенія, онъ вырѣзывалъ, въ 8 случаяхъ, нѣсколько недѣль спустя послѣ впрыскиванія стѣнку нарыва и изслѣдовалъ ее микрос-

[1]) Докладъ на XVI съѣздѣ Герм. хир. Centralblatt f. Chir. 1887 г.

копически. Бугорковыя палочки въ стѣнкахъ абсцесса исчезали и развивались здоровыя грануляціи, превращавшіяся впослѣдствіи въ соединительную ткань. Результаты эти потвердили мнѣніе Mikulicz'a Billroth'a, Verneuil'я и другихъ о специфическомъ антитуберкулезномъ дѣйствіи іодоформа и впрыскиванія его при холодныхъ нарывахъ и свищахъ получили обширное распространеніе, результаты котораго цитированы въ массѣ работъ, изъ которыхъ я укажу лишь на нѣкоторыя. Такъ объ успѣшныхъ результатахъ сообщаютъ *Orecchio*, [1]) и *Hallstein* [2]), послѣдній въ клиники Reclus примѣнялъ этотъ методъ въ 20 случаяхъ и получилъ—11 выздоровленій, 6 улучшеній и 3 продолжаютъ лѣченіе.

Jasinski [3]) примѣнялъ, въ 86 случаяхъ холодныхъ нарывовъ 10°/о іодоформенную эмульсію, съ прекрасными результатами, до 6 унцевъ за разъ, не наблюдая ни разу осложненій. Изъ числа больныхъ умерло двое отъ общаго туберкулеза.

Verneuil [4]) тоже констатируетъ пользу такихъ впрыскиваній, причемъ терапевтическій эффекъ ихъ контролировался путемъ прививокъ гноя изъ нарыва, до впрыскиванія іодоформа и послѣ послѣдняго.

Verchère (Traitement des abces froids par les injections d'éther iodoformé) примѣнялъ 5 и 10°/о растворы іодоформа, вводя среднимъ числомъ 2,5 grm. іодоформа за разъ (явленія отравленія наблюдались лишь послѣ введенія 3,0 іодоформа за разъ) убѣдился въ томъ, что туберкулезно перерожденныя железы, холодные нарывы, всѣ туберкулезныя скопленія и идіопатическія пораженія железъ, сопутствующія костному туберкулезу могутъ излѣчиваться этимъ методомъ. Онъ лѣчилъ 22 объемистыхъ натечныхъ абсцесса сопутствовавшихъ бугорчаткѣ костей, съ хорошими мѣстными результатами, 1 случай окончился смертью отъ общей бугорчатки. Verchère приводилъ опыты Gersin'a и Gosselin'a (Journal des connaisances mèdicals 1888) первый убѣдился что іодоформъ въ эфирномъ рас-

---

[1]) Su la cura degli ascessi fredi con le iniezione di etere iodoforisatto реф. Centr f. Chir 1886.

[2]) Les injections diéther jodoformé dans le traitement des abcés froids. Thèse de Paris. 1887.

[3]) Leczenie ropni zimnych opadowych metoda Mikulicza. Gazeta lekarska 1890 № 3.

[4]) Injections diéther iodoformé dans les abcés froids. R. de chir 1885 стр. 429.

творѣ, въ количествѣ 10 на 1000, черезъ 5 минутъ убиваетъ туберкулезныя бациллы.

Второй, давалъ внутрь кроликамъ іодоформенный эфиръ и затѣмъ прививалъ имъ бугорчатку. При этомъ онъ констатировалъ замедленіе и даже отсутствіе туберкулезныхъ измѣненій, въ случаѣ если подобное лѣченіе продолжалось достаточно продолжительное время послѣ прививки. На основаніи такихъ результатовъ *Verneuil* совѣтуетъ внутреннее употребленіе іодоформа туберкулезнымъ больнымъ.

Какъ видно, изъ приведенныхъ нами исторіи болѣзни, впрыскиванія эти успѣшно примѣнялись въ клиникѣ Вилліе (покойнымъ проф. *Коломнинымъ*), причемъ согласно указаніямъ *Verneuil'я*, постоянно производилось изслѣдованіе мочи, на содержаніе въ ней іода, чтобы, контролируя этимъ путемъ секреторную дѣятельность почекъ, избѣжать возможности отравленія іодомъ. Вскрытіе натечныхъ абсцессовъ производилось съ соблюденіемъ всѣхъ антисептическихъ предосторожностей, затѣмъ примѣнялся или дренажъ или іодоформенная антисептическая тампонада и результаты были удовлетворительны. Въ одномъ лишь случаѣ послѣдовала смерть отъ рожи, въ другомъ же, смертельный исходъ обусловливался давно существовавшимъ туберкулезомъ внутреннихъ органовъ.

Оперативное лѣченіе фунгозныхъ страданій позвоночника стали примѣнять лишь въ недавнее время и притомъ съ довольно удовлетворительными результатами. Такъ д-ръ *White* [1]) объясняя въ большинствѣ случаевъ причину паралича при поттовой болѣзни, экстрамедуллярной пролифераціей тканей, выполняющей нерѣдко въ видѣ новообразованія, пространство между dura mater и стѣнкой канала и лишь рѣдко вызывающей дегенеративный процессъ въ самой ткани мозга полагаетъ, что оперативное лѣченіе можетъ дать хорошіе результаты.

Но еще раньше *Treves* [2]) совѣтовалъ при костоѣдѣ грудныхъ и поясничныхъ позвонковъ дѣлать разрѣзъ на мѣстѣ страданія, съ тѣмъ, чтобы вскрывши гнойникъ, удалить некротизированныя кости,

---

[1]) Dr. W. White. The Medical Record. 1889, VI. реf. въ Военно-Мед. Ж. 1890 I.

[2]) The direct treatement of psoas abscess with caries of the spine. Med. Chir Transactions 1884, vol, LXVII.

какъ это производится въ другихъ областяхъ скелета. Оперируя такъ въ двухъ случаяхъ, онъ получилъ полный успѣхъ въ одномъ, во второмъ же послѣдовала смерть отъ общаго туберкулеза черезъ 2 мѣсяца. При вскрытіи оказалось, что полость абсцесса была совершенно закрыта и пораженный позвонокъ покрылся здоровыми грануляціями.

A. Broca [1]) недавно собралъ всѣ извѣстные въ литературѣ случаи оперативнаго лѣченія болѣзней позвоночника и, перечисляя операціи при бугорчаткѣ его, приводитъ слѣдующіе случаи.

Mac Even въ 1880 году оперировалъ больнаго, у котораго вслѣдствіе поттовскаго горба существовали параплегія и параличъ пузыря и прямой кишки. Послѣ удаленія костныхъ пластинокъ изъ 5, 6 и 7 спинныхъ позвонковъ, удалены фунгозныя массы изъ канала и улучшеніе было рѣзко замѣтно уже на слѣд. день. Черезъ 5 лѣтъ больной могъ продѣлывать въ школѣ гимнастику и играть въ мячъ.

Ободренный такимъ успѣхомъ Mac Even произвелъ такія же операціи еще 4 раза. Одинъ изъ оперированныхъ умеръ на 8-й день, но прочіе выжили, двое выздоровѣли и 3-й умеръ отъ общаго туберкулеза черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ операціи.

Horsley оперировалъ въ случаѣ паралича, всѣхъ 4 конечностей, обусловленнаго костоѣдою 2-и 3-го шейныхъ позвонковъ, съ блестящимъ успѣхомъ.

Случай *W. White,* въ 1888 окончился смертностю вслѣдствіе шока, при вскрытіи найдены обширныя туберкулезныя пораженія внутреннихъ органовъ. По его же словамъ случай описанный въ 1889 году *Abbé,* какъ внѣменингеальная опухоль, былъ ничто иное какъ поттова болѣзнь съ наружнымъ пахименингитомъ. Послѣ удаленія дугъ 8, 9 и 10 позвонковъ наступило быстрое улучшеніе паралича. Такихъ же результатовъ достигъ и *Duncan,* удаленіемъ дугъ отъ 4 до 7 спинныхъ позвонковъ.

Arbuthnot Lane у 7 лѣтняго ребенка, горбатаго и страдавшаго параличемъ въ теченіи 11 мѣсяцевъ, удалилъ дуги 5 и 6 спинныхъ позвонковъ и ребенокъ почти выздоровѣлъ.

И такъ *Broca* собралъ 10 случаевъ, изъ нихъ 3 больныхъ выздоровѣли вполнѣ у 4 весьма рѣзкое функціональное улучшеніе

---

1) La Chirurgie dur hachis. Gazette hebd. de Med. et de Chir 1890, стр. 76.

и 3 умерло, изъ нихъ одинъ отъ общей бугорчатки. Слѣдовательно, какъ это можно было и раньше предсказать на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ, несомнѣнно трепанація позвоночника даетъ хорошіе результаты и мы имѣемъ полное право примѣнять ее тогда, когда параличи продолжаютъ существовать и послѣ опорожненія натечныхъ нарывовъ и выпрямленія позвоночника, подвѣшиваніями и сейровскими корсетами. И такъ резюмируя все вышесказанное мы приходимъ къ слѣд. выводамъ.

Консервативное лѣченіе при страданіяхъ позвоночника встрѣчаемъ самое обширное показаніе и будучи своевременно примѣнено даетъ вполнѣ удовлетворительные результаты.

Для примѣненія оперативнаго лѣченія, мы еще не имѣемъ достаточно точно выработанныхъ показаній, но нѣтъ сомнѣнія, что по мѣрѣ знакомства съ нимъ, методъ этотъ будетъ давать удовлетворительные результаты, конечно въ тѣхъ случаяхъ, когда очагъ страданія будетъ достижимымъ.

Вскрытіе натечныхъ нарывовъ должно быть производимо всякій разъ, какъ только они станутъ доступными для ножа. Раннее вскрытіе ихъ не представляетъ особыхъ преимуществъ и не вліяетъ на ходъ основнаго процесса.

Аспирація содержимаго такихъ нарывовъ и послѣдующее впрыскиваніе іодоформенныхъ эмульсій во многихъ случаяхъ представляетъ хорошее средство, съ цѣлью выиграть время для общаго лѣченія.

II. Грудная клѣтка (грудина и ребра).

Всѣхъ случаевъ страданія грудины и реберъ было 9, изъ нихъ были поражены: грудина 5 разъ, ребра 3, грудина и ребро 1 разъ. Мужчинъ было 6, женщинъ 3.

Исходы болѣзни были слѣдующія:

	м.	ж.	лѣченіе консервативное.	оперативное.	итого.
Полное выздоровленіе	2	2	3	2	5
Улучшеніе (неполное выздоровл.) .	2	1	2	—	2
безъ улучшенія	1	—	1	—	1
смертельный исходъ	1	—	1	—	1
			7	2	9

Золотуха въ анамнезѣ отмѣчена 3 раза, рахитъ, 1, плевритъ 1 разъ. Осложненіе пораженіемъ легкихъ наблюдалось 3 раза. между

прочимъ, у больнаго неполучившаго облегченія и у умершаго, который погибъ отъ общаго туберкулеза.

Консервативное лѣченіе, примѣненное въ 7 случаяхъ, заключалось: во вскрытіи нарывовъ и выскабливаніи туберкулезныхъ очаговъ изъ кости и удаленіи секвестровъ — 4 раза, 1 разъ нарывъ самъ вскрылся, до прибытія въ клинику. Въ 2-хъ случаяхъ была примѣнено только перевязка и общее укрѣпляющее лѣченіе. Въ 5 случаяхъ страданія грудины, больные прибыли въ клинику уже со свищами, существовавшими болѣе или менѣе продолжительное время, въ 2 случаяхъ были еще невскрывшіеся холодные нарывы.

Оперативное лѣченіе было примѣнено 2 раза, при страданіи реберъ, причемъ были резецированы больные участки реберъ, исходъ былъ въ обоихъ случаяхъ благопріятнымъ.

Итакъ въ общемъ имѣемъ при консервативномъ лѣченіи: благопріятныхъ исходовъ 5, неблагопріятныхъ 2, при оперативномъ лѣченіи благопріятныхъ исходовъ 2.

Слѣдовательно здѣсь результаты обоихъ методовъ довольно хороши, но нужно помнить, что консервативное лѣченіе было примѣнено къ болѣе тяжелымъ формамъ—именно при пораженіи грудины а резекція—при пораженіи однѣхъ реберъ.

Изъ 5 случаевъ пораженія грудины въ 3 были найдены казеозныя массы, которыя по *Albert'у* (l. c. стр. 173) встрѣчаются въ 65% страданіи грудной кости, потверждая своимъ присутствіемъ туберкулезный характеръ ихъ.

Благодаря своевременно примѣненной помощи, ни одного разу не наблюдалось развитіе столь опасныхъ ретростернальныхъ нарывовъ и гнойнаго медіастинита. Мы видимъ, что въ нашихъ случаяхъ вопреки мнѣнію *Albert'а* (ibid. стр. 174) вскрытіе и выскабливаніе полостей обнаружило самое благопріятное вліяніе на процессъ. *Albert* же, рекомендующій въ случаяхъ костоѣды грудины консервативное лѣченіе говоритъ, что онъ отъ него наблюдалъ лишь одинъ результатъ, прекращеніе нагноенія и исчезаніе гнойниковъ, но что оно не обнаруживаетъ никакого вліянія на каріозный процессъ, такъ какъ въ большей части случаевъ вслѣдъ за вскрытіемъ нарывовъ развиваются новые костные очаги и свищевые ходы и процессъ въ кости прогрессируетъ. Какъ мы видѣли наши больные

выписались изъ клиники въ б. ч. случаевъ въ вполнѣ удовлетворительномъ состояніи и съ хорошимъ прогнозомъ.

Что же касается резекціи реберъ, предпринятой вслѣдствіе туберкулезнаго остеомиеллита ихъ, то въ одномъ случаѣ ребра помѣщались въ полости холоднаго нарыва, въ другомъ нарывъ уже вскрылся и ребра были окружены фунгозными массами. Здѣсь нельзя было вслѣдствіе близости плевры и опасности возникновенія осложненій предпринять другаго лѣченія, кромѣ удаленія, пораженныхъ участковъ, что и было произведено оба раза съ успѣхомъ.

Итакъ пораженія грудины удобнѣе лѣчить выскабливаніемъ, а ребра резецировать. Но при обоихъ страданіяхъ очень часто наблюдается развитіе легочнаго туберкулеза, вслѣдствіе близкаго сосѣдства плевры и легкихъ съ пораженными костями.

В. Верхняя конечность.

III. Плечевой составъ.

Съ страданіемъ плечеваго состава было всего 5 больныхъ.

Такое незначительное число больныхъ насъ не должно удивлять, такъ какъ по мнѣнію *König* (Хир. III IV. 1. с. 72) между другими фунгозными страданіями большихъ составовъ, пораженіе плечеваго встрѣчается довольно рѣдко. Протекая медленно, въ видѣ гнѣздныхъ костныхъ заболѣваній, такъ назыв. caries sicca Volkmann'a и лишь рѣже въ видѣ фунгознаго воспаленія (caries sicca) состава, она рѣже ведетъ къ нагноенію, образованію нарывовъ и свищей, почему такіе больные мало лежатъ въ больницахъ, и преимущественно пользуются амбулаторно. Caries sicca, отличаясь медленнымъ теченіемъ, заканчивается обыкновенно въ нѣсколько лѣтъ, разрушеніемъ головки и образованіемъ анкилоза. Поэтому при ней мало показуется оперативное вмѣшательство и они излѣчиваются хорошо и при консервативномъ лѣченіи.

König (ibid. IV стр. 80) даетъ здѣсь для резекціи слѣд. показаніе: что она должна быть производима при образованіи абсцессовъ, свищей, жестокихъ боляхъ и т. п., при этомъ онъ полагаетъ, что функціональные результаты послѣ резекціи всетаки болѣе хороши, чѣмъ безъ резекціи.

Hueter (1 с II 3 стр. 41) же является горячимъ сторонникомъ резекцій, считая caries sicca настоятельнымъ показаніемъ для резекціи, такъ какъ, только ею можно достигнуть быстраго излѣченія и функціи состава. Консервативное же лѣченіе либо вовсе не имѣло успѣха, либо дало анкилозъ. Нужно, говоритъ онъ, такъ же принять во вниманіе связь этой болѣзни съ общей бугорчаткой.

Возвращаясь къ нашимъ случаямъ, мы видимъ что до 10 лѣтъ былъ 1 больной, до 20—2, до 30 — 1, слѣдовательно, большое число приходится на второе десятилѣтіе.

Изъ числа 5 больныхъ, мужчинъ было 3, женщинъ 2. Патолого-анатомическій характеръ страданій былъ слѣд.: caries sicca 2 раза и грануляціонное воспаленіе съ образованіемъ свищей и нагноеніемъ состава 3 раза. Въ первыхъ двухъ случаяхъ, лѣченіе состояло въ примѣненій покоя, повязокъ и отвлекающихъ средствъ, во второмъ, кромѣ консервативнаго лѣченія, было примѣнено вскрытіе нарыва и дренажъ, при нагноеніи въ составѣ и присутствіи секвестровъ. Исходы были слѣдующіе: изъ 4 консервативно лѣченныхъ случаевъ: выздоровленіе 2 раза, улучшеніе 1 разъ и безъ улучшенія 1 разъ.

Одинъ случай лѣченій игнипунктурой и резекціей плечевой головки тоже окончился положительнымъ результатомъ.

Слѣд. при консерват. лѣченіи: 3 раза положит. результ. 1 отрицател.
» » оперативн. » 1 » » »

Что касается исходовъ резекціи, то по *Culbertson'y* [1]) въ доантисептическое время они составляли всего лишь 18,26% (результатъ 15 случаевъ резекціи). По даннымъ *Billrotha'* [2]) изъ 4 случаевъ резецированныхъ вслѣдствіе костоѣды, умеръ 1 (25% смертности). Тѣже самыя цифры встрѣчаемъ и въ отчетѣ Берлинской больницы Bethanien съ 1873—по 1878 (Lossen 317).

Вліяніе возраста, на результатъ резекціи весьма точно опредѣлено *Culbertson*'омъ; именно процентъ смертности отъ дѣтскаго возраста (10%) увеличивается до 25 (33,33%), падаетъ до 40 лѣтняго (15%) и затѣмъ снова возрасталъ до 70 (50%).

---

[1]) Excision of the larger joints of the extremities. 1876, цитир. по Lossen'у стр. 313.

[2]) *Th. Billroth* Chirurgische Klinik. Wien. 1871—76 стр. 627.

Вліявіе пола, по тому же автору, сказывается въ слѣдующихъ цифрахъ, мужчинъ было 18,75% женщинъ 14,28% изъ общаго числа больныхъ.

После частичной резекціи смертность равна 17,02%
» полной » » » 28,81%

У *Volkmann'а*, съ 1874 по 77, на 6 случаевъ 6 выздоровленій. Что касается сравненія вліянія методовъ лѣченія на смертность отъ чахотки, то по *Lossen'у* (l. с. 340) при резекціяхъ погибло 50%, при выжидательномъ же лѣченіи 10% пользованныхъ больныхъ. Слѣдовательно здѣсь ясно преимущество консервативнаго лѣченія передъ оперативнымъ. Функціональную годность состава, послѣ резекцій, Lossen (стр. 386) опредѣляетъ изъ сопоставленія многихъ наблюденій слѣд. цифрами: годный составъ полученъ въ 92,02% негодный въ 7,98% случаевъ. Какъ мы видимъ здѣсь получается весьма благопріятный функціональый результатъ, но это данныя всѣхъ резекцій вообще. Если же взять резекціи только вслѣдствіе болѣзней составовъ то результатъ еще лучше—именно 95% годныхъ и 5 негодныхъ %.

Boëckel (l. с., стр. 199) изъ 4 резецированныхъ случаевъ (съ Листеровской перевязкой) получилъ 3 вполнѣ годныхъ состава и въ одномъ случаѣ смерть отъ общаго туберкулеза.

Въ Грейсвальдской клиникѣ Vogta [1]) по отчету *Hoffmann'а* и *Schmidt'а*, въ теченіи 1882—83 года, было резецировано 2 случая caries sicca и 2 arthritis granulosa s. suppurativa, всѣ они окончились полнымъ выздоровленіемъ.

Но *Vetsch* [2]) получилъ далеко не такіе блестящіе результаты. Изъ 7 случаевъ резекцій умерло 3 (apoplexia seroso, meningitis tub., pthisis) вполнѣ подвижныхъ сочлененій 2, малоподвижныхъ 2.

Консервативно лѣчено Billroth'омъ (l. с., стр. 447—450) 10 случаевъ, выздоровѣло 3, невылѣчено 6, умеръ 1.

Слѣдовательно резекціи здѣсь даютъ, при существованіи нагноенія и свищей въ составѣ лучшіе результаты чѣмъ консервативное лѣченіе. Послѣднее же вполнѣ показано въ случаяхъ caries sicca,

---

1) Vogt. Mittheilungen aus der Chirurgischen Klinik zu Greifswald, 1881, стр. 143.

2) Ueber die Endresultate der Gelenkresection an der oberen Extremität Deut. Z. f. Chir. T. XVI, 1882 стр. 459.

безъ нагноенія, фунгозныхъ разрощеній и разрушенія составной сумки, гдѣ оно представляетъ несомнѣнныя преимущества передъ резекціями. Кромѣ того оно показано во всѣхъ формахъ этого страданія въ дѣтскомъ возрастѣ, когда резекціи вызовутъ громадное укороченіе (и негодность) конечности, вслѣдствіе удаленія эпифазарнаго хряща.

IV. Плечевая кость.

Всего наблюдалось 4 случая, (всѣ больные—мужчины) продолжительнаго каріознаго процесса, или туберкулезнаго остеоміоллита плечевой кости. Лѣченіе заключалось въ 2 случаяхъ—во вскрытіи и расширеніи свищей и удаленіи омертвѣвшихъ костей — секвестротоміи; въ обоихъ случаяхъ послѣдовало выздоровленіе. Въ 1 случаѣ, осложненнымъ анкилозомъ локтя, вслѣдствіе давняго процесса была примѣнена съемнонеподвижная повязка и больной выписанъ безо-всякой перемѣны и наконецъ въ одномъ случаѣ рецидива, послѣ произведенной 5 лѣтъ назадъ резекціи плечевого состава, потребовалось, послѣ самостоятельнаго выхода небольшихъ секвестровъ, выскабливаніе полости въ которой они лежали. Изъ осложненій одинъ разъ наблюдалась послѣ операціи рожа. Золотуха отмѣчена въ анамнезѣ 1 разъ; бывшее пораженіе плечевой кости 2 раза—1 разъ головки (потребовавшее 5 лѣтъ назадъ резекціи) и 1 разъ нижняго эпифиза плеча. На основаніи того, что здѣсь во всѣхъ случаяхъ процессъ проходилъ въ видѣ каріознаго пораженія, кость отдѣлялась небольшими участками медленно, не было наблюдаемо типическаго развитія секвестральной коробки, мы причисляемъ случаи эти (помимо всѣхъ другихъ данныхъ) къ туберкулезному, а не острому остеоміеллиту; такъ какъ при послѣднемъ происходитъ обыкновенно образованіе типичной секвестральной капсулы, во кругъ отдѣлившихся, довольно значительныхъ участковъ кости.

Конечно въ подобныхъ случаяхъ умѣстнѣе всего консервативное лѣченіе, которое и въ нашихъ дало вполнѣ удовлетворительные результаты относительно общаго состояніи, но нельзя этого же сказать относительно функціи члена, которая была въ 3-хъ изъ лѣченныхъ случаевъ не удовлетворительной, что зависѣло не отъ результатовъ лѣченія, и отъ бывшихъ раньше воспаленій сосѣднихъ составовъ.

V. Локоть.

Всѣхъ случаевъ заболѣванія локтеваго состава было 22, мужчинъ 15, женщинъ 7. Распредѣленіе ихъ по возрастамъ слѣдующее: до 10 лѣтъ—3, отъ 11 до 20—7, отъ 21 до 30—8, отъ 31 до 40—3 и отъ 41 до 50—1.

Золотуха въ анамнезѣ отмѣчена 8 разъ, тифъ 1 разъ.

Пораженіе легкихъ наблюдалось у 2 больныхъ.

Пораженіе (золотушное) другихъ составовъ и костей 5 разъ, именно: реберъ, плеча и тазобедреннаго по 1 разу и другой руки 2 раза. Съ полнымъ анкилозомъ былъ 1 больной, у всѣхъ прочихъ активныя и пассивныя движенія были болѣе или менѣе ограничены и подвижности состава иногда вовсе почти не существовало, что зависѣло отъ выполненія состава фунгозными массами и болей или начинающаго анкилоза.

Нарывы, съ которыми больные поступали въ клинику или бывшіе раньше и зажившіе, безъ образованія свищей, наблюдались 5 разъ; свищи при поступленіи въ клинику 8 разъ, слѣдовательно нагноеніе въ составѣ уже существовало въ моментъ поступленія въ 14 случаяхъ и не констатировано лишь въ 8 случаяхъ. У всѣхъ 5 оперированныхъ было разрушеніе и нагноеніе въ составѣ. Изъ нихъ ампутированъ 1, резецировано 4 (3 по Langenbeck'у, 1 по Ollier). Во всѣхъ 5 случаяхъ наступило выздоровленіе, но въ результатѣ резекціи получены лишь въ 2 случаяхъ, вполнѣ годные неартрозы. Къ 5 оперированнымъ надобно присоединить 6-го, резецированнаго за 5 мѣсяцевъ до поступленія въ клинику, у котораго появились рецидивы, лѣченные консервативно и которому была предложена ампутація, на которую родители больнаго не согласились и одного потребовавшаго ампутаціи въ средней $^1/_3$ плеча, слѣдовательно изъ 7 оперированныхъ выздоровленій 6, рецидивъ 1.

Таковы результаты оперативнаго лѣченія. Обращаясь теперь къ остальнымъ 15 больнымъ, лѣченнымъ консервативно, видимъ, что они были пользованы слѣд. методами.

Вскрытіемъ нарывовъ	3,	благопріятный	исходъ	у	2
Игнипунктурой и прижиганіемъ .	4,	»	»	»	3
Повязкой, пассивными движ. .	8,	»	»	»	7
Итого. . . .	15,	»	»	»	12

Свищи, нарывы наблюдались у 7 больныхъ, у 5 изъ нихъ наступило улучшеніе, въ 2 случаяхъ же ухудшеніе процесса. Полное выздоровленіе констатировано въ 4 случаяхъ и значительное улучшеніе въ 8. Умеръ 1 больной отъ септицеміи. Итого благопріятныхъ исходовъ 12 (80%) неблагопріятныхъ 3 (20%).

И такъ мы видимъ, что даже при существованіи свищей и періартикулярныхъ абсцессовъ изъ 7 случаевъ, въ 5 было констатировано улучшеніе при консервативномъ лѣченіи.

Сопоставляя результаты обоихъ методовъ имѣемъ при консерват. благопріятныхъ исходовъ 80% неблагопріятныхъ 12% при оператив. благопріятныхъ исходовъ 85,7% неблагопріятныхъ 14,2%.

Слѣдовательно на основаніи нашего матеріала мы въ правѣ сдѣлать заключеніе, что при страданіяхъ локтя оперативное лѣченіе дастъ нѣсколько лучшіе результаты, чѣмъ консервативное. Но мы видѣли съ другой стороны, что вполнѣ годныхъ конечностей получено лишь 2 (т. е. около $^1/_3$ опер. случаевъ). Приведемъ теперь для сравненія результаты другихъ авторовъ: у *Culbertson'a* изъ 377 случаевъ резекціи при фунгозныхъ страданіяхъ локтя, въ 10,87% послѣдовалъ летальный исходъ. У *Billroth'a* изъ 33 случаевъ резекціи локтя, исходъ извѣстенъ въ 29. Изъ нихъ окончательно излѣчено 10, неизлѣчено 7, умерло 12 (въ томъ числѣ отъ чахотки 9). Изъ 9 резецированныхъ, у 3 были свищи, закрывшіеся ко времени смерти больныхъ и рука вполнѣ годилась для употребленія, въ то время, когда эти больные погибли отъ легочнаго туберкулеза. Прочіе 6 въ моментъ смерти имѣли еще незажившіе свищи въ составѣ.

Консервативно лѣчено 11 случаевъ, вылѣчено 3, невылѣчено 2, умерло 6 (отъ чахотки 5).

Въ больницѣ Bethanien резецировано 20 случаевъ, выздоровѣло 17, умерло 3 (15%).

Смертность послѣ резекціи локтя, довольно значительная, по Culbertson'у, въ первое десятилѣтіе жизни (до 14%), во второмъ падаетъ до 5—6% и затѣмъ почти паралельно возрасту увеличивается до 44% (въ 50—60 лѣтъ). Частота рецидивовъ опредѣляется тѣмъ, что въ 6,9% случаевъ резекціи, приходится впослѣдствіи прибѣгать къ ампутаціи. Lossen (l. c. 340) собралъ свѣдѣнія о 68 случаяхъ фунгозныхъ страданій локтя изъ нихъ:

ампутировано . .	6	умерло отъ чахотки			. . 4	(66,6%)
резецировано . .	29	»	»	»	. . 9	(31,03%)
лѣч. консервативно.	33	»	»	»	. . 20	(60,61%)

И такъ здѣсь преимущество на сторонѣ консервативнаго лѣченія. Относительно же пригодности состава, резецированнаго вслѣд. болѣзни, онъ же даетъ слѣд. цифры при резекціи:

Послѣ резекціи.	Частичной.	Полной.	Всего.
Годный составъ. . .	63	13	79=95,%
Негодный » . . .	3	1	3=5%

Слѣдовательно функціональные результаты не оставляютъ ничего желать.

Boeckel (l. с. стр. 198) приводитъ 7 случаевъ резекціи локтя, изъ литературы изъ нихъ въ 2 наступилъ рецидивъ, потребовавшій въ одномъ случаѣ ампутаціи, результаты же прочихъ случаевъ слѣд.: анкилозъ въ 3 случ., неартризъ въ 3. Въ 12 же собственныхъ случаяхъ Boeckol получилъ 11 выздоровленій.

Giebe Richter [1]) собралъ изъ литературы 465 случаевъ резекціи вслѣдствіе хроническихъ заболѣваній локтя—излѣченіе послѣдовало въ 143, смерть въ 52 (11,8%) случаяхъ.

Albrecth (I. с. стр. 166) приводитъ слѣд. цифры:

изъ 39 резицированныхъ умерло. . . 9=23%
» 12 консервативно лѣч. » . . 4=33,3%

Въ результатѣ 39 резекціи получено: подвижное сочлененіе безъ свищей—10, съ небольшими свищами 3, анкилозъ 4, неизлѣчено 4, неизвѣстно 5, ампутировано 8, умерло 9 (изъ нихъ 5 отъ туберкулеза). Результатъ консервативно лѣченныхъ 12 случаевъ—неполная подвижность 5, анкилозъ 2, рецидивовъ 2, ампутировано 1, умерло 4. Слѣдовательно, въ его случаяхъ оперативное лѣченіе дало лучшіе результаты, какъ относительно сохраненія жизни больныхъ, такъ и относительно функціи конечности

Girard [2]) сообщаетъ результаты 12 резекцій локтя (до Листера) предпринятыхъ вслѣдствіе хроническаго воспалительнаго процесса. Выздоровѣло 9. Костный анкилозъ 1, болтающихся составовъ 2, болѣе

[1]) Ueber die Resection des Ellenbogengelenks. Langenbeck's. Arch. T. XXX, стр. 416.

[2]) Zur Frage der Endresultate nach der Ellenbogenresection. Deut. Z. f. Chir. T. IV. 1874, стр. 263.

или менѣе годныхъ 6. Умерло 3, отъ туберкулеза 2, піэміи 1, изъ выздоровѣвшихъ—рецидивы у 3, изъ нихъ ампутированъ 1.

Vetsh [1]) приводитъ результаты 27 резекцій, тоже въ до и послѣ листеровское время, изъ клиники *Kappeller'a* за 1871—1880 годы. Въ томъ числѣ произведено, вслѣдствіе фунгозныхъ страданій, 14 резекцій локтя. Получено: годныхъ неартрозовъ 5, анкилозовъ 2, ампутировано 2, умерло 4, въ томъ числѣ отъ чахотки 2, pyelonephritis caseosa и септицеміи 1, туберкулезнаго менингита 1.

Vogt (l. c., стр. 143) приводитъ лишь 1 случай, окончившійся выздоровленіемъ.

Въ отчетѣ Кіевской Клиники проф. *Коровaeва* (составленномъ д-ромъ Л. И. Куцеволъ-Артемовскимъ) (стр. 320) цитируется 3 случая tumoris albi articulotionis cubiti. Въ двухъ случаяхъ произведена amputatio brachii (циркулярнымъ разрѣзомъ)— 1 смерть отъ піэміи, 3-й случай пользованъ моксой, съ гипсовой повязкой— улучшеніе. Въ первыхъ двухъ случаяхъ существовало разрушеніе состава и свищи.

Что же касается до показаній при лѣченіи страданій локтя, то *Hueter* (l. c. T. II, ч. 3, стр. 72), совѣтуетъ начать съ впрыскиваній карболоваго раствора въ составъ съ тыльной стороны. Но разъ эти впрыскиванія не оказываютъ быстраго дѣйствія, или дѣйствуютъ неудовлетворительно, въ смыслѣ отправленій, то, въ виду функціональныхъ и жизненныхъ опасностей каждаго грануляціоннаго синовита, слѣдуетъ произвести резекцію и притомъ заблаговременно. Возраженія, которыя можно сдѣлать противъ резекціи и которыя дѣлались, онъ на основаніи личнаго опыта отклоняетъ. Вскрытіе и дренажъ состава, здѣсь по его мнѣнію не могутъ дать столь удовлетворительныхъ результатовъ, въ функціональномъ отношеніи какъ резекція.

König (l. c. IV, стр. 164) указываетъ, что страданіе обыкновенно начинается первично, изъ одного, или нѣсколькихъ гнѣздъ въ составныхъ концахъ костей, причемъ кость становится болѣзненной, чувствительной при давленіи, подвижность же состава ограничивается въ началѣ лишь въ незначительной степени. Въ другихъ же случаяхъ развивается первичный фунгозный синовитъ, перехо-

[1]) Ueber die Endresultate der Gelenkresection an den oberen Extremität. D. Z. f. Chir. T. XVI, стр. 459, 1882.

дящій потомъ уже на кости. Hydrops tuberculosus здѣсь наблюдается рѣдко. Что касается лѣченія, то онъ обращаетъ вниманіе на то, что у дѣтей прогнозъ бываетъ всегда болѣе благопріятнымъ, чѣмъ у взрослыхъ.

Прогнозъ же связанъ, какъ съ общимъ состояніемъ больнаго, такъ и съ состояніемъ самаго состава; при существованіи свищей, нельзя расчитывать получить консервативными мѣрами излѣченіе. Лѣченіе слѣдуетъ начать съ покойнаго положенія руки, подъ прямымъ угломъ, давленія при помощи бинтовъ или повязки, изъ липкаго пластыря. Если послѣ, сравнительно короткаго времени, не наступаетъ улучшеніе, опухоль увеличивается, развиваются свищи, то *König* совѣтуетъ отказаться отъ консервативнаго лѣченія, и изслѣдовать, нельзя-ли открыть присутствія туберкулезныхъ гнѣздъ въ костяхъ и удалить ихъ острой ложечкой или долотомъ, а также удалить и туберкулезныя грануляціи изъ состава, причемъ здѣсь *König* возлагаетъ большія надежды на іодоформъ. Если же этого нельзя сдѣлать, то тогда показуется резекція преимущественно у взрослыхъ. У маленькихъ же дѣтей, слѣдуетъ сначала испытать мѣстное лѣченіе, прежде чѣмъ рѣшиться на резекцію, которая у нихъ оканчивается обезображеніемъ и негодностью конечности. Относительно частоты костной и синовіальной формъ, Middeldorf на основаніи 137 случаевъ [1]) дѣлаетъ выводъ, что костная форма составляетъ 78,1%, а синовіяльная 21,09%. Болѣзнь тянется въ первомъ случаѣ 1,65, и во второмъ 2,13 года, раньше чѣмъ больной прибѣгнетъ къ оперативной помощи (резекціи). Травма играетъ значительную роль въ частотѣ заболѣваній, такъ какъ они на правой сторонѣ на 14,5% бываютъ чаще чѣмъ на лѣвой. Въ 23,4% случаевъ заболѣваніе локтя сопровождалось туберкулезнымъ заболѣваніемъ другихъ органовъ. Что же касается результатовъ, то онъ сопоставляетъ результаты оперативнаго лѣченія слѣдующихъ авторовъ.

---

[1]) Weitere Beiträge zur Resection des Ellenbogengelenkes; Langenbeck s Archiw. T. XXXIII, стр. 241).

	Всѣхъ случаевъ.	Годный.	Негодный.	Огранич. подв.	Анкилозъ.	Болтающійся.	Умерло.
		Получены составы (въ %).					
...iston'a. . . .	55	58,18	12,73	73,55	11,77	14,70	25,46
... Langenbeck'a.	102	65,68	15,68	72,58	12,50	14,52	18.62
...ueter'a . . .	34	64,70	8,82	77,27	13,64	9,09	23.53
...ieben'a. . . .	132	89,4	10,6	77,64	17,64	4,72	18,42
...iddeldorf'a . .	6	5 (83,3)	2 (16,7)	—	—	1 (16,6)	1 (16,6)

О результатахъ консервативнаго лѣченія онъ говоритъ, что здѣсь анкилозъ является правиломъ, подвижной же составъ исключеніемъ. Смертельный исходъ отъ чахотки наблюдался послѣ резекціи въ 33,3%, ампутаціи 27,7%, выскабливанія и консервативнаго лѣченія въ 31,4% случаевъ.

Итакъ: сопоставленіе всѣхъ результатовъ указываетъ намъ на необходимость при развитіи фунгозныхъ массъ въ составѣ, образованіи свищей, у взрослыхъ не терять времени на консервативныя попытки и немедленно прибѣгнуть къ резекціи, дающей гораздо лучшіе результаты quo ad vitam et ad valetudinem completam. У дѣтей же, напротивъ показаніе измѣняется въ томъ смыслѣ, что можно гораздо дольше примѣнять консервативное лѣченіе, дающее здѣсь болѣе удовлетворительные результаты, чѣмъ у взрослыхъ.

VI. Предплечье.

Пораженіе ulnae, не осложненное заболѣваніемъ составовъ наблюдалось всего 1 разъ и кончилось благополучнымъ исходомъ.

Объ туберкулезномъ пораженіи костей предплечья *Pitha* [1]) говоритъ, что золотушная форма, самая упорная, часто ведетъ къ омертвѣнію кости, которое можетъ быть долевымъ или корковымъ (периферическимъ или центральнымъ).

Въ послѣднихъ случаяхъ пораженіе можетъ захватить всю трубчатую кость, причемъ омертвѣвшая часть, въ большинствѣ случаевъ бываетъ окружена обильными костными грануляціями.

---

[1]) Болѣзни конечностей въ Хир. Пита и Бильрота. Русскій пер. стр. 163.

Относительно терапіи мы здѣсь можемъ лишь повторить сказанное объ терапіи туберкулеза плечевой кости.

VII. Лучезапястный суставъ и кисть руки.

Всѣхъ больныхъ, страдавшихъ пораженіемъ кисти и лучезапястнаго состава было 11 (мужчинъ 7, женщинъ 4).

По отдѣламъ кисти пораженія располагаются такъ: лучезапястный составъ былъ пораженъ въ 5 случаяхъ; os multangulum majus 1 разъ,

Пальцы { Пястныя кости I-ая—2; III-я—2; IV-ая—2; V-ая—1.
Фаланги . . I-ая—1; II-ая—1.

Все запястіе и основанія пястныхъ костей 1 разъ и все запястіе, до основанія пальцевъ—1 разъ, свищи существовали въ 8 случаяхъ; небыло ихъ въ 3-хъ. Золотуха отмѣчена въ анамнезѣ, равно какъ и polyarthritis rheumatica, по 1 разу, pneumonia было 1 разъ.

Консервативно лѣченныхъ случаевъ 8, изъ нихъ въ 5 существовали свищи, оперативно лѣчено 3—всѣ со свищами.

Консервативное лѣченіе заключалось:

			Благопріятный исходъ.
Въ употребленіи	компрессовъ и повязокъ.	5 разъ	1 разъ.
»	игнипунктурѣ	1 »	1 »
»	разрѣзъ	1 »	1 »
»	Necrotomia.	1 »	1 »
	А всего въ	8 случаяхъ	4 (50%).

Оперированные случаи слѣдующіе: amputatio hallucis et capituli metacarpi—1 выздоровленіе; резекція 2-хъ пястныхъ костей—1 выздоровленіе; резекція всѣхъ запястныхъ и основаній пястн. к.—1 прогрессированіе процесса.

Слѣдовательно: изъ 3 случаевъ — 2 благопріятныхъ исхода (66,6%). Что касается однако умершаго, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ по выпискѣ изъ клиники, то хотя не имѣемъ объ причинѣ смерти точныхъ данныхъ, но въ высокой степени вѣроятно, что здѣсь смерть послѣдовала отъ общаго туберкулеза, такъ какъ у него былъ ясно развитой легочный процессъ.

По исходамъ больные наши располаг. такъ:

	Выздоров.	Улучш.	Безъ перем.	Ухудш.	Смерть.
8 консервативно л. .	2	2	1	2	1
3 оперативно л. . .	2	—	—	1	—
Итого . .	4	2	1	4	1

Culbertson (l. c. стр. 314) приводитъ результаты 182 случаевъ, изъ которыхъ въ 11 исходъ неизвѣстенъ и точно неописанъ, смертельный исходъ былъ въ 11,76%. Смертность по *Culbertson*'у (выводъ изъ 85 случаевъ) прогрессируетъ онъ 3-го десятилѣтія, параллельно съ возрастомъ, во второмъ же десятилѣтіи она нѣсколько больше, чѣмъ въ 3-мъ.

Billroth цитируетъ 33 случая, смертность при нихъ отъ чахотки слѣд.:

Ампутировано. . .	8	умерло	$2=25^1/_2\%$
Резецировано. . . .	4	»	$3=75\%$
Консервотивно лѣч. .	21	»	$5=23,8\%$

Слѣдовательно, преимущество на сторонѣ послѣдняго метода. Относительно функціональныхъ результатовъ, *Lossen* (l. c. стр. 385) приводитъ слѣдующія цифры, при резекціяхъ:

	Частичныхъ.	Полныхъ.	Итого % получено.
Конечностей годныхъ . .	19	23	42=66,67%
» негодныхъ. .	17	4	21=33,33%

Albrecht выводитъ слѣдующія данныя (l. c. стр. 149):

Консеватив. лѣчено	12	изъ нихъ	умерло	3=25%	(всѣ отъ бугорч.).
Резекціями »	10	» »	»	2=20%	» » »

Въ 9 изъ 12, консервативно лѣченныхъ, случаяхъ было лишь припуханіе области состава, безъ слѣдовъ нагноенія, 3 раза существовали свищи, равно какъ и во всѣхъ резецированныхъ случаяхъ. Полное излѣченіе наступило у 6 больныхъ, изъ консервативно лѣченныхъ. Резекціи дѣлались полныя удаленіе концовъ луча, локтя и всѣхъ костей запястія (кромѣ pisiforme) и основанія пястныхъ. Полное излѣченіе было у 3 больныхъ, но функціональный результатъ былъ не вполнѣ удовлетворительный. Двое больныхъ было впослѣдствіи ампутировано. Продолжительность болѣзни, въ резецированныхъ случаяхъ, была среднимъ числомъ 19 мѣсяцевъ до поступленія въ больницу.

Выводы свои *Albrecht* резюмируетъ такъ:

Впечатлѣніе, которое я вынесъ объ исцѣляемости фунгознаго воспаленія кисти очень неблагопріятно, изъ 22 больныхъ получилось лишь 5 исцѣленій, съ порядочными результатами и столько же смертельныхъ исходовъ вслѣдствіе болѣзни, остальные больные выписаны или съ негодными, или съ ампутированными конечностями.

У *Wartmann'a* (l. c. стр. 449) изъ 3 резецированныхъ, двое погибли отъ бугорчатки легкихъ.

Д-ръ *Bartha* (l. c.) приводитъ слѣдующія цифры: резецировано 7 случаевъ, выздоровѣло 4, ампутировано 2, не вполнѣ выздоровѣлъ 1.

Schmalfuss собралъ всего 76 случаевъ резекціи, изъ нихъ дѣтей 20, успѣшные результаты составляютъ 68%, неуспѣшные 21% умершіе 11%.

Pitha (l. c. стр. 176) указываетъ, что хроническое воспаленіе запястія, наблюдаемое у золотушныхъ и бугорчатыхъ субъектовъ, течетъ медленно, переходя отъ одного состава къ другому, образуя ограниченные нарывы, переходящіе въ свищи. У дѣтей при благопріятныхъ условіяхъ, почти всегда можно надѣяться, что въ концѣ концовъ все таки наступитъ выздоровленіе и что всѣ свищи затянутся рубцами. Съ извлеченіемъ пораженныхъ костей торопиться не слѣдуетъ, а еще менѣе слѣдуетъ приступать къ преждевременнымъ резекціямъ, которыя легко могутъ усилить, въ значительной степени процессъ изъязвленія.

У людей, страдающихъ бугорчаткой, заживленіе удается крайне рѣдко и обыкновенно приходится прибѣгнуть къ ампутаціи. Послѣдняя необходима въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ остеопоротическій процессъ поражаетъ все запястіе сразу, или дѣлаетъ быстрые успѣхи и сопровождается болями и безсонницей. Въ такихъ случаяхъ неумѣстны всѣ попытки консервативныхъ операцій: частичныхъ или полныхъ резекцій и т. п.

Hueter (l. c. стр. 132) говоритъ, что полная резекція всѣхъ запястныхъ костей показана во всѣхъ случаяхъ костоѣды запястья, частичная резекція здѣсь непригодна, потому, что она слишкомъ легко оставляетъ пораженныя ткани и даетъ вмѣстѣ съ тѣмъ худшіе функціональные результаты.

Bidder[1]) указываетъ на опасность поврежденія интермедіярныхъ хрящей въ дѣтскомъ возрастѣ, которое можетъ повлечь за собой укороченіе костей. У взрослыхъ же, онъ совѣтуетъ предпринимать резекціи, въ особенности раннія, какъ дающія самые лучшіе результаты. Причемъ онъ указываетъ на предохранительное значеніе резекціи, относительно возможности общей инфекціи.

Nepveu[2]) приводитъ результаты 22 резекцій изъ клиники Verneuil'a и изъ литературы. Но операціонные результаты этихъ случаевъ изложены имъ довольно неясно и сбивчиво, не разбирая ихъ, остановлюсь только на выводахъ. «Хотя резекціи говоритъ авторъ и приносятъ пользу, уничтожая очагъ нагноенія и сохраняя членъ, но полное исцѣленіе бываетъ довольно рѣдко, не болѣе какъ въ 25% случаевъ. Чаще всего наблюдаются неуспѣшные результаты въ оперативномъ и функціональномъ отношеніяхъ. Слѣдовательно, въ смыслѣ остановки распространенія процесса и полнаго излѣченія страданія, результаты резекціи слабы. Оперировать слѣдуетъ, лишь истощивъ всѣ средства консервативнаго лѣченія, комбинація которыхъ даетъ прекрасные результаты въ случаяхъ, когда общее состояніе настолько тяжело, что операція противупоказана. (Въ доказательство этого положенія онъ приводитъ одинъ случай Verneuil'я). Поэтому, консервативное лѣченіе можетъ успѣшно конкурировать съ оперативнымъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣднее показуется». Съ послѣднимъ выводомъ ужъ никакъ мы не можемъ согласиться, потому, что по нашему убѣжденію, разъ показуется резекція—это значитъ, что отъ консервативнаго лѣченія мы уже ничего ожидать не можемъ и обратно.

Gangalphe[3]) приведя исторіи 16 резецированныхъ больныхъ, дѣлаетъ слѣдующіе выводы. Показанія для резекціи при фунгозныхъ остеоартритахъ здѣсь тѣже, что и въ другихъ сочлененіяхъ верхней конечности (т. е. свищи и разрушеніе состава). Вслѣдствіе трудности полнаго удаленія всѣхъ пораженныхъ частей, страданіе имѣетъ здѣсь болѣе тяжелый характеръ, чѣмъ въ плечѣ, или локтѣ, но разъ

[1]) Ueber Resectionen des Handgelenkes und ihre Resultate. Langenbeck's Archiw. T. XXVIII, стр. 823, 1883.

[2]) Contribution à la résection pathologique du poignet. Revue de chirurgie 1882, стр. 329.

[3]) De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fongueses. Revue de chirurgie. 1884, стр. 340—460.

*

удаленіе вполнѣ достигнуто, то и характеръ страданія уже ничѣмъ не отличается.

Возрастъ больныхъ, множественность пораженій и легочный туберкулезъ не составляютъ противупоказаній для резекціи. Но у кахектиковъ и у лихорадящихъ чахоточныхъ слѣдуетъ предпочитать ампутаціи. У дѣтей комбинація прижиганій и выскабливаній дѣлаетъ излишними настоящія резекціи.

König (l. c. IV 236) указываетъ на то, что синовіяльная оболочка въ лучезапястномъ и запястномъ составахъ поражается чаще; чѣмъ отдѣльныя кости. Наблюдается цѣлый рядъ случаевъ, особенно у дѣтей, въ которыхъ поражаются лишь отдѣльныя косточки, дѣло доходитъ до образованія фистулъ и болѣзнь проходитъ не распространяясь на все запястье. Вообще же, у дѣтей заболѣваніе протекаетъ благопріятнѣе, чѣмъ у взрослыхъ. Но такой ходъ процесса составляетъ исключеніе, обыкновенно онъ здѣсь распространяется на всѣ кости.

Обыкновенно процессъ имѣетъ характеръ первичнаго диффузнаго туберкулезнаго остеита, но гораздо чаще начинаясь съ синовіяльной оболочки, переходитъ съ одного состава на другой, быстро захватываетъ среднезапястный и пястный составы и распространяется дальше, по клѣтчаткѣ, или костной ткани перваго ряда запястныхъ костей, на лучезапястный составъ. Болѣзнь можетъ протекать и обратно, изъ одного или нѣсколькихъ костныхъ гнѣздъ перейти на синовіяльную оболочку. У взрослыхъ болѣзнь носитъ весьма тяжелый характеръ и особенно часто развивается при уже существующемъ туберкулезѣ легкихъ, или же онъ присоединяется впослѣдствіи къ существующему пораженію костей. Всего благопріятнѣе прогнозъ у дѣтей. Здѣсь при консервативномъ лѣченіи, свищи заживаютъ и конечность остается годной. При существованіи значительной опухоли безъ свищей, давящая повязка даетъ хорошіе результаты.

Если у взрослыхъ процессъ тянется долго, распространенъ, больной изнуренъ и истощенъ, пораженъ туберкулезомъ легкихъ, то показуется ампутація.

Въ менѣе злокачественныхъ случаяхъ полная резекція являлась операціей болѣе надежной, чѣмъ частичныя операціи. Исходъ ея бываетъ также хорошъ, какъ и резекціи другихъ составовъ,

если (l. c., стр. 243) мы основательно удаляемъ всѣ пораженныя туберкулезомъ ткани и втираемъ іодоформъ въ остающійся пустой мѣшокъ запястья. Съ тѣхъ поръ, какъ мы оперируемъ по этимъ правиламъ, мы не потеряли ни одного больнаго отъ непосредственныхъ результатовъ операціи, большинство же больныхъ быстро излѣчивается и мы весьма довольны функціональными результатами.

Резюмируя все вышесказанное, мы можемъ сдѣлать тотъ же выводъ, какъ и относительно другихъ составовъ. Консервативное лѣченіе у взрослыхъ, въ случаяхъ, неосложненныхъ нагноеніемъ даетъ гораздо лучшіе результаты, чѣмъ оперативное—въ случаяхъ съ нагноеніемъ и свищами.

Результаты консервативнаго лѣченія у дѣтей, лучше чѣмъ у взрослыхъ и у первыхъ оно можетъ быть примѣняемо болѣе продолжительное время, даже при существованіи нагноенія и свищей, чѣмъ у послѣднихъ.

С. Нижняя конечность.

VIII. Тазовыя кости.

Пораженіе костей таза наблюдалось 8 разъ (мужчинъ 5, женщинъ 3). Всѣ случаи были пользованы консервативно. Свищи существовали въ половинѣ случаевъ. Въ 4-хъ случаяхъ (безъ свищей) была поражена synchondrosis sacroiliaca, въ прочихъ же тазовыя кости.

Золотуха въ анамнезѣ отмѣчена 3 раза, тифъ—1, тифъ, тифлитъ и дифтеритъ (у одного и того же больнаго) 1 разъ. Страданіе осложнялось кокситомъ 1 разъ, туберкулезомъ легкихъ—2 раза, очагомъ въ trochanter maj. 1 разъ.

Лѣченіе состояло въ повязкѣ 2 раза, отвлекающихъ—4, некровавомъ расширеніи свищей—1, впрыскиваніи въ нихъ—1 разъ, выскабливаніи—3 раза, извлеченіи секвестра 1 разъ, игнипунктурѣ 3 раза. Результаты: выздоровленіе—4, улучшеніе—2, итого—6 (75%), безъ улучшенія—2 (25%). Всѣ случаи arthrophlogosis synchondrosis sacroiliacæ окончились выздоровленіемъ. Въ случаяхъ съ неуспѣшнымъ исходомъ, пораженіе костей занимало довольно большое пространство и наблюдалось у 2 истощенныхъ и ослабленныхъ женщинъ. Слѣдовательно, въ нашихъ 8 случаяхъ заболѣ-

ваніе носило двоякій характеръ: это былъ или туберкулезный остеоміэллитъ тазовыхъ костей, или гранулезное воспаленіе сочлененія. Первый процессъ ведетъ въ концѣ, къ отдѣленію участковъ кости, образовавшійся гной обыкновенно не остается на мѣстѣ, а спускается въ полость таза, или по бедру, образуя натечные абсцессы. Эти же страданія могутъ являться этіологическимъ моментомъ и для возникновенія туберкулезныхъ воспаленій крестцовоподвздошнаго сочлененія и коксита. Естественно, что вслѣдствіе глубины процесса и неясныхъ симптомовъ его, лѣченіе здѣсь должно быть консервативнымъ, такъ какъ мы не всегда имѣемъ возможность точно опредѣлить мѣсто самаго страданія и даже опредѣливши его—удалить очагъ. Лѣченіе при пораженіи костей ограничивается вскрытіемъ нарывовъ, расширеніемъ свищей, удаленіемъ секвестровъ и выскабливаніемъ пораженныхъ костей, лишь рѣдко возможно удаленіе послѣднихъ при помощи частичной резекціи. При страданіи же состава—покой, повязки—игнипунктура дали благопріятные результаты. *König* (l. c., IV, стр. 360) совѣтуетъ въ началѣ болѣзни лѣчить покойнымъ положеніемъ, смазываніемъ іодомъ и холодомъ. Впослѣдствіи же, лѣченіе зависитъ отъ того, доступно-ли пораженіе сочлененія операціи или нѣтъ. Доступъ къ туберкулезному гнѣзду достигается откалываніемъ большихъ кусковъ крестцовой, или подвздошной костей, а затѣмъ удаляютъ туберкулезныя массы острой ложечкой и долотомъ и примѣняютъ іодоформъ для дальнѣйшаго лѣченія.

На это страданіе обращаетъ также вниманіе *Albert* (l. c. T. IV, стр. 10), который подробно указываетъ на дифференціальный діагнозъ отъ коксита, съ которымъ ихъ очень легко смѣшать. По *Hueter*'у, воспаленіе этого состава встрѣчается чаще у мужчинъ, въ возрастѣ 20—25 лѣтъ, чѣмъ у женщинъ. Французскіе авторы называютъ это страданіе сакрококсальгіей, въ старой литературѣ sacroarthrocace, самъ же *Hueter* предлагаетъ названіе sacrocoxitis, въ отличіе отъ coxitis и рекомендуетъ при негнойныхъ воспаленіяхъ карболовыя впрыскиванія. Но какъ только гноевики будутъ узнаны, то они должны быть вскрыты и дренированы, окружающая кость выскоблена. Настоящая же резекція состава едва-ли нужна, да она дала бы весьма плохіе функціональные результаты.

IX. Тазобедренный составъ.

Туберкулезныя страданія тазобедреннаго и колѣннаго сочлененій являются наиболѣе частыми, поэтому и въ собранномъ нами матеріалѣ они занимаютъ второе, по количеству, мѣсто. Всѣхъ случаевъ коксита было 42, мужчинъ 27, женщинъ 15. По возрастамъ они распредѣляются такъ: первое десятилѣтіе—18, второе—9, третье—15. Случаевъ правосторонняго коксита было—26, лѣвосторонняго 16. Въ анамнезѣ отмѣчены слѣдующія болѣзни: золотуха 10 разъ, рахитъ—1, корь—6, скарлатина—1, дифтеритъ—1, тифъ 2 раза, поліартритъ—1, фунгозное пораженіе стопы 1 разъ. Сопровождающія страданія: туберкулезъ легкихъ 6 разъ, амилоидъ 2 раза, альбуминурія 1 разъ.

Принявъ дѣленіе *König'a* на періоды (l. c., T. IV, 439) (первый, начальный малохарактерный, второй—отведенія или видимаго удлинненія больной конечности и 3-й укороченія и приведенія конечности) получимъ слѣдующія цифры [1]). Въ первомъ періодѣ было 5 больныхъ (всѣ безъ свищей); во второмъ—8 (изъ нихъ 3 со свищами); въ третьемъ—29 (изъ нихъ 21 со свищами). Всѣхъ случаевъ, безъ свищей, было 18, со свищами—24, въ томъ числѣ съ натечными абсцессами (со свищами или безъ нихъ)—12. Укороченіе, опредѣленное измѣреніями конечности, наблюдалось въ 35 случаяхъ. Въ остальныхъ 9, оно не было найдено. Самое меньшее укороченіе было на 1 cmt., самое большое на 8 cmt. Въ случаяхъ измѣренныхъ оно было: на 1 cmt. 4 раза, до 2—7 разъ, до 3—6 разъ, до 4 cmt.—5 разъ; до 5—3 разъ, до 6—1 разъ, до 7—1 разъ и до 8—1 разъ. Относительно времени теченія процесса, до поступленія въ клинику и пребыванія въ ней я ссылаюсь на данныя таблицъ (стр. 39 и слѣд.), время это было крайне разнообразно, смотря потому выжидали ли полнаго окончанія процесса (до 3 лѣтъ) или же послѣ улучшенія выписывали больнаго съ аппаратомъ и поэтому вычисленныя среднія цифры не дали бы въ сущности никакого представленія о настоящемъ положеніи дѣлъ.

---

[1]) Цифры эти не могутъ вполнѣ претендовать на точность, такъ какъ иногда, по скорбнымъ листамъ не представлялось возможности опредѣлить несомнѣнный періодъ страданія, да оно, впрочемъ, не всегда возможно и на больномъ (на что указываетъ впрочемъ и самъ König, l. c.).

Что же касается терапіи, то консервативно лѣченныхъ было 35 случаевъ, оперативно 7. Всѣ послѣдніе были въ 3-мъ періодѣ коксита и со свищами.

Консервативное лѣченіе заключалось главнымъ образомъ въ примѣненіи постояннаго вытяженія и съемно неподвижныхъ повязокъ, которыя были примѣнены почти у всѣхъ больныхъ. Затѣмъ къ этимъ, такъ сказать основнымъ методамъ лѣченія присоединялись другіе способы, именно: употребленіе отвлекающихъ 11 случаевъ, дренажъ и расширеніе свищей, выскабливаніе 4 случая, вскрытіе натечныхъ нарывовъ и гнойниковъ 9, игнипунктура въ 5 случаяхъ (съ трефинаціей), brisement forcè 1 разъ.

Оперативное же лѣченіе заключалось: въ артректоміи 1 разъ (ухудшеніе) резекціи 6 разъ. (4 съ успѣшнымъ результатомъ).

Исходы обоихъ методовъ были слѣдующіе: выздоровленіе 15, улучшеніе 14, безъ улучшенія 4, ухудшеніе 4, смертельный исходъ въ 5 случаяхъ, а именно: отъ общей бугорчатки 2 раза, бугорчатки и амилоида 1 разъ, септицеміи 1 разъ.

Сопоставивъ по методамъ лѣченія исходы, имѣемъ:

	выздоровленіе.	улучшеніе.	безъ перемѣны.	ухудшеніе.	смерть.
консервативно лѣч.	11	14	4	2	4
оперативно лѣч. .	4	—	2	—	1

Или, при консервативномъ лѣченіи (35 б.), благопріятныхъ исходовъ 25, (71,4%) неблагопр. 10 (28,5), при оперативномъ лѣченіи (7 б.), благопр. исходовъ 4 (57%) неблагопр. 3 (43%).

Слѣдовательно, въ нашихъ случаяхъ консервативное лѣченіе дало значительно лучшіе результаты, чѣмъ оперативное, не смотря на то, что большая половина консервативно лѣченныхъ больныхъ (24) имѣла свищи.

Нѣтъ сомнѣнія, что при начинающемся кокситѣ, или въ цвѣтущемъ періодѣ его, консервативное лѣченіе могло бы дать еще болѣе благопріятные результаты и здѣсь не можетъ быть никакого спора о преимуществахъ его передъ оперативными методами, такъ какъ оно даетъ весьма незначительный процентъ смертности и гораздо лучшіе функціональные результаты чѣмъ оперативное.

Нѣсколько иначе дѣло стоитъ при костоѣдѣ и нагноеніи въ составѣ. Даже и при костоѣдѣ, до развитія нагноенія, излѣченіе ра-

ціонально примѣненными консервативными мѣрами, еще въ высокой степени вѣроятно. Резекція же должна производиться лишь при существующемъ нагноеніи и обширномъ разрушеніи состава.

Caumont [1]) ставитъ для нея слѣдующія показанія: „она является операціей, имѣющей indicationem vitalem и должна предприниматься при существованіи нагноенія въ составѣ; противупоказаніями служатъ возрастъ старше 40 — 50 л. и заболѣванія внутреннихъ органовъ, прежде всего легкихъ и почекъ».

Newton Schaffen и Robert Lovett [2]) сообщаютъ о результатахъ, полученныхъ въ «New York orthopedic dispensary and hospital» примѣненіемъ чисто консервативнаго лѣченія больныхъ, у нихъ на дому. Втеченіи 1877 — 82 гг. было 778 больныхъ съ кокситомъ. Изъ нихъ излѣчено 168 (21,59%), умерло 50 (6,4%), въ 20 случаяхъ причиной смерти былъ туберкулезный менингитъ, въ 5 амилоидъ, въ 3 чахотка, въ 3 истощеніе, въ 1 случаѣ: туберкулезный перитонитъ, септицемія, столбнякъ, въ 16 неизвѣстныя причины. Лѣченіе состояло въ примѣненіи тейлоровскаго экстензіоннаго аппарата. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ примѣнялся покой. Черезъ одну или двѣ недѣли больные являлись для провѣрки положенія аппарата.

Изъ этаго громаднаго матеріала авторы выбрали лишь 51, чистый случай, гдѣ непотребовалось никакого оперативнаго лѣченія (вскрытія нарывовъ и т. п.).

Изъ этого числа больныхъ: умерло 4, (менингитъ и туберкулезъ) у 6 рецидивъ (послѣ 2¼, 4, 4, 4, 5 и 7 лѣтняго лѣченія), изъ нихъ въ 1 случаѣ потребовалась резекція, 2 выздоровѣло, 3 на излѣченіи. Остальные же 41 больной, (за исключеніемъ 2) чувствуютъ себя, 4 — 6 лѣтъ спустя окончаніе лѣченія, вполнѣ удовлетворительно. Лѣченіе продолжалось отъ 2 до 7 лѣтъ, втеченіи прогрессирующаго періода болѣзни. Изъ числа этихъ 39 случаевъ, въ 27 были раньше нарывы. Для оцѣнки функціональныхъ результатовъ, авторы берутъ за единицу сравненія укороченіе ноги, которое послѣ окончанія лѣченія нѣсколько увеличивается. Въ 19 случаяхъ полученъ анкилозъ, въ 6 ограниченная подвижность, въ 7 сгибаніе

[1]) Ueber Behandlung chronischer Gelenkentzündungen an der unteren Extremität mit und ohne Resection unter specieller Berücksichtigung der definitiven Endresultate, D. Zeitsch. f. Chir. T. XX. стр. 137. 1884.

[2]) On the ultimate results on the mechanical treatement of hip joints diseases. N. York. Med. Jour. т. XLV реф. Centrb. f. Chir. 1887, стр. 920.

до 10°—45° въ 3—ротація и абдукція до 90° и въ 3 полная подвижность. Сравнивая свои результаты съ оперативными, авторы приходятъ къ убѣжденію, что консервативное лѣченіе кокситовъ даетъ далеко лучшіе результаты, и меньшій % смертности чѣмъ резекція. Замѣчу здѣсь, что *Max Schede* [1]) на VIII конгрессѣ германскихъ хирурговъ призналъ тейлоровскій аппаратъ неудобнымъ и недостигающимъ цѣли, и отдалъ предпочтеніе простымъ туторамъ, предложеннымъ раньше *Volkmann'омъ*.

Посмотримъ результаты, полученные при лѣченіи кокситовъ различными авторами.

Culbertson (lc. 314—320) изъ 470 случаевъ резекціи сохае, вслѣдствіе каріознаго заболѣванія сочлененія (не разбирая отдѣльныхъ формъ заболѣваній) выводитъ 45,07% смертныхъ случаевъ, въ 18,31% былъ полученъ очень хорошій функціональный результатъ (% выведенъ изъ суммы извѣстныхъ исходовъ, а не общей 470). Процентъ смертности прогрессируетъ съ возрастомъ, начиная отъ 33% (1—5 лѣтъ) до 66% (30—40 л.) при частичной резекціи т. е. при которой удалялась только головка, или часть ея. При полной же резекціи,—гдѣ были удалены также части вертлужной впадины, или таза, наблюдаются весьма большія колебанія въ цифрахъ, но въ общемъ и здѣсь, по мѣрѣ увеличенія возраста исходъ хуже.

Результаты лѣченія въ *Bethanien* слѣдующіе: изъ 37 резецир. вслѣдствіи болѣзни случаевъ, выздоровѣло 30, умерло 7 (18,02).

T. Grosch [2]) опредѣлилъ % смертности послѣ резекціи вслѣдствіи костоѣды 36,7% (изъ 120 случаевъ умерло 44) а въ частности при антисептической повязкѣ 28%. Большая половина больныхъ умерла отъ болѣзней, не связанныхъ съ операціей и существовавшихъ раньше, преимущественно бугорчатки.

Lossen (lc. стр. 340) даетъ слѣд. цифры для костоѣды сохае. Изъ 142 случ. резецировано 9 (всѣ живы) консервативно лѣчено 133, умерло отъ чахотки 38 (28,57%).

Для функціональныхъ результатовъ онъ вычислилъ слѣд. данныя:

---

[1]) Verhandlungen d. D. Gesell f. Chirurgie 1878, стр. 72.

[2]) Beitrag zur Statistik der Huftgelenkresection unter antiseptischer Behandlung. Diss. Dorpat. 1882.

	Резекц.:	Частичн.	Полная.	Неизвѣст.	Всего.	°/o.
дали въ результатѣ	годныхъ	98	68	12	178	93,19
	негодныхъ конечностей	8	4	18	13	6,81
		106	72	13	191	100°/o.

У *Billroth'a* (vid. Lossen'a) изъ 11 резецированныхъ случаевъ выздоровѣло 6, умерло 5 (45,45°/o). *Caumont* (l. c. стр. 141) собралъ 85 случаевъ хроническаго коксита изъ нихъ 64,7°/o дѣтей, лѣченныхъ консервативно; они распадаются такъ, по своимъ этіологическимъ моментамъ.

1) Послѣ хроническ. ревматизма и arthritis deformans 7 случаевъ
2) » » восп. вслѣд. острой инфек. бол. 1 »
3) Туберкулезныхъ заболѣваній . . . . 55 »
4) Случаевъ въ которыхъ дискразія не выражена ясно 22 »
85 случаевъ.

Но мнѣ кажется, что не будетъ большой натяжкой если мы 2, 3 и 4-ую категоріи соединимъ вмѣстѣ и тогда будемъ имѣть: 7 нетуберкулезныхъ и 78 туберкулезныхъ случаевъ. Изъ всѣхъ 85 случаевъ *Caumont* дѣлаетъ слѣд. выводъ. Для консервативныхъ результатовъ: умерло 24,7°/o, вполнѣ выздоровѣло 25,8°/o, выздоровѣло съ большими, или меньшими функціональными разстройствами 44,7°/o, невыздоровѣло 4,7°/o слѣдовательно благопріятныхъ исходовъ 70,6°/o, неблагопріятныхъ 29,4°/o.

Резецированныхъ 44, выздоровѣло 17 (38,8°/o), умерло 27 (61,2°/o). Итакъ: его результаты ясно говорятъ въ пользу консервативнаго лѣченія кокситовъ (дѣтей было болѣе половины, именно 24).

Сопоставляя же всѣ результаты *Caumont* даетъ слѣд. выводы.

А. Случаи безъ нагноенія.

	Всего.	Умерло.	Неизлѣчено или съ тяжел. функ. разстройствами.	Выздоровѣло вполнѣ или съ незнач. функц. разстройствами.
Консервативно лѣч.	20	5 (25°/o)	7 (5°/o)	14 (70°/o)
Резецировано . .	10	5 (50°/o)	1 (10°/o)	4 (40°/o)

В. Случаи съ нагноеніемъ.

Консервативно лѣч.	19	12 (63,1°/o)	2 (10,5°/o)	5 (26,3°/o)
Резецировано . .	32	21 (63,7°/o)	— —	11 (34,3°/o)

Albrecht (стр. 443) приводитъ весьма подробныя и обстоятельно разработанныя исторіи 102 больныхъ (57 мужчинъ и 45 женщинъ), изъ нихъ на правой сторонѣ страданіе было 38, на лѣвой 63 раза—результаты слѣдующіе:

	Всего.	Изъ нихъ умерло.	Излѣчено.	Неизвѣстно
Консервативнаго лѣч. . . .	53	14 (28%)	36 (72%)	3
Оперативнаго лѣч.	49	38 (81%)	9 (19%)	2

Сопоставивъ результаты лѣченія по возрастамъ и стадіямъ коксита, авторъ дѣлаетъ слѣд. заключеніе какъ о кокситѣ такъ и объ воспаленіи колѣна. «Въ теченіи перваго и втораго десятилѣтія жизни, нужно по возможности отдать преимущество консервативному лѣченію, передъ оперативнымъ, принимая во вниманіе какъ опасности представляемыя операціей, такъ въ особенности функціональные послѣ оперативные результаты. Чѣмъ дальше продолжается послѣ операціи періодъ роста ребенка, тѣмъ укороченіе сильнѣе. Въ третьемъ десятилѣтіи уже нѣтъ основанія опасаться этого явленія».

Проф. Подрезъ въ таблицѣ приложенной къ его работѣ приводитъ результаты операціи у 22 больныхъ, изъ нихъ въ 10 случаяхъ было констатировано caries состава, изъ нихъ впослѣдствіи отъ туберкулеза умеръ 1, рецидивъ наблюдался у 7. Всѣ больные въ результатѣ получили годную въ функціональномъ отношеніи конечность, укороченную въ 14 случаяхъ (отъ 1 до 9 cmt.) причемъ у 19 укорченіе существовало и до операціи, такъ что въ результатѣ операціи вообще укороченіе не только не увеличивалось, но уменьшалось и конечность удлиннялась. Наше мнѣніе объ этихъ результатахъ мы уже высказали раньше на стр. 106 и здѣсь выскажемъ сожалѣніе, что почтенный авторъ не даетъ столь же обстоятельныхъ и интересныхъ свѣдeній о консервативно лѣченныхъ и неблагопріятно окончившихся случаяхъ.

Проф. Богдановскій [1]), тоже совѣтуетъ консервативное лѣченіе, до тѣхъ поръ, пока не появилось разрушеніе состава.

---

[1]) Фунгозное воспаленіе тазобедреннаго состава. Журналъ нормальной и патол. гистологіи, 1870 г., стр. 288.

Ludwig Jacobsen [1]), для сравненія результатовъ лѣченія коксита резекціей собралъ статистику Fock'a, Eulenburg'a, Good'a, Leisrink'a и другихъ—всего 250 случаевъ изъ нихъ выздоровѣло 104 (41,60%), умерло 146 (58,40%).

Для оцѣнки значенія раннихъ резекцій авторъ собралъ случаи гнойнаго коксита,—лѣченные консервативно, въ двухъ копенгагенскихъ госпиталяхъ, въ доантисептическое время. Всего 100 случаевъ съ явленіями костоѣды, или нагноенія тазобедреннаго состава, пользованныхъ выжидательно, результаты извѣстны лишь въ 63-хъ изъ нихъ, при этомъ не приняты во вниманіе 17 больныхъ, выписанныхъ со свищами, или натечными нарывами. Въ 5 случаяхъ впослѣдствіи потребовалась резекція. Для сравненія результатовъ обоихъ методовъ, *Jacobsen* исключаетъ изъ числа 250 резецированныхъ, тѣ случаи, гдѣ было iindicatio vitalis—всего 83 (выздоровѣло 18, умерло 65) слѣдов. остается 167 резекціи. изъ нихъ выздоровѣло 86 (51,49%), умерло 81 (48,51%).

Отсюда авторъ дѣлаетъ выводъ о преимуществѣ резекціи передъ другими методами лѣченія, но послѣдніе нуждаются еще въ специальной оцѣнкѣ. Если къ современнымъ методамъ лѣченія причислить brisement forcé, неподвижныя повязки, вытяженіе тяжестями и антисептическое лѣченіе нарывовъ, то изъ 63 вышеприведенныхъ случаевъ, 22 лѣченныхъ новыми методами дали: выздоровленіе 3 (13,64%) смерт. исходовъ 19 (86,36%); 41 случай лѣченный старыми методами выздоровленія 14 (34,15%) смертел. исходовъ 27 (65,85%).

Авторъ приходитъ къ заключенію, на основаніи своихъ цифръ, что резекція показана во всѣхъ гнойныхъ и каріозныхъ кокситахъ, показаніе это существуетъ лишь только распознаны эти пораженія. Выжидательное лѣченіе показано повидимому, лишь для долго тянущихся формъ, безъ лихорадки и преобладанія деструктивнаго процесса. Но относительно результатовъ резекціи, выводы его не могутъ быть принятыми за вѣрные, такъ какъ онъ отбросилъ всѣ тяжелые случаи, на томъ только основаніи, что они составляютъ indicationen vitalem, если же принять и ихъ во вниманіе, то выводъ будетъ далеко не въ пользу резекціи.

---

[1]) Om Resection of Hofteleddet i Tilfielde af Caries og Suppuration реф. Centr. f. chir. 1874, стр. 361.

Alfred Bidder (Berl. Kl. W. 1879. l. c. стр. 179). Сопоставилъ слѣдующіе результаты консервативнаго лѣченія.

Billroth . . .	62 случая	изъ	нихъ	выздоровѣло	11—17,7%.
Schede. . . .	21	»	»	»	»	3
Krönlein . . .	22	»	»	»	»	3
Volkmann. . .	63	»	»	»	»	11
Obalinski . . .	20	»	»	»	»	6
Итого безъ Billroth'а . .	188	»	»	»	»	34—18,2%.

Такъ какъ всѣ они, за исключеніемъ Billroth'а, примѣняли вытяженіе, то слѣд. успѣшный результатъ этого метода и составитъ 18,2; другихъ же методовъ, примѣнявшихся Billroth'омъ (отвлекающія, повязки покой) 17,7%. Но авторъ послѣднимъ цифрамъ придаетъ большее значеніе, такъ какъ больные Billroth'а были прослѣжены болѣе продолжительное время послѣ выписки. На основаніи всѣхъ цифръ *Bidder* отдаетъ преимущество резекціямъ, думая, что здѣсь консервативное лѣченіе сводится лишь на выжиданіе и спрашиваетъ себя, можетъ ли оно вызвать въ организмѣ какое-либо стремленіе къ самоисцѣленію, которое по его мнѣнію, больше всего и отсутствуетъ при фунгозныхъ страданіяхъ, гдѣ, какъ въ золотушныхъ нарывахъ, процессъ постоянно прогрессируетъ, до тѣхъ поръ, пока съ выходомъ гноя наружу, онъ не успокоится до извѣстной степени, будучи предоставленнымъ самъ себѣ.

Въ заключеніе авторъ говоритъ, что послѣ резекціи фунгозный кокситъ излѣчивается въ столько дней, сколько прежде, при консервативномъ лѣченіи, требовалось на это мѣсяцевъ. Кромѣ того резекціи гораздо вѣрнѣе избавляютъ отъ рецидивовъ, чѣмъ консервативное лѣченіе. Собранная же до сихъ поръ статистика резекціи, не можетъ быть признана вполнѣ достовѣрной, такъ какъ каждый кокситъ вначалѣ лѣчатъ консервативно и лишь убѣдившись въ безплодности такихъ попытокъ, прибѣгаютъ къ операціи, т. е. оперируютъ послѣ продолжительной болѣзни, когда силы больнаго уже истощены, въ то время какъ консервативно лѣчатъ еще неистощенныхъ субъектовъ.

Подъ вліяніемъ споровъ [1]) о преимуществахъ резекцій, комитетъ

[1]) Отчетъ комитета въ Britisch Med. Jour. 1881, реф. Centr. f. Chir. 1881, стр. 425.

изъ лондонскихъ хирурговъ, въ составъ котораго вошли Briant, Craft, Holmes, Hulve, Mac Cormac, Marsch и Lyel, занялся изслѣдованіемъ результатовъ лѣченія коксита у дѣтей.

Матеріалъ состоялъ изъ 401 случая, изъ спеціальныхъ больницъ для лѣченія коксита, изъ этого числа лѣчено консервативно 384 и 320 случаевъ, оперированныхъ въ другихъ больницахъ. Такъ, какъ дальнѣйшая судьба многихъ больныхъ не была извѣстна, то и непредставлялось возможнымъ опредѣлить % смертности. Въ общей же сложности, послѣ резекцій было 42% выздоровленій, и 40% смертельныхъ исходовъ. Смерть, вскорѣ послѣ операціи, была въ 15,6%, отъ чахотки въ 13,4%, отъ альбуминуріи 6,6%, отъ другихъ болѣзней, связанныхъ со страданіемъ тазобедреннаго состава въ 4,4%. Продолжительность лѣченія была 3 года, при выздоровленіи же $1^3/_4$; среднее укороченіе ноги достигало $2^3/_4$ дюйма.

При консервативномъ лѣченіи, случаевъ съ нагноеніемъ, выздоровленій 42,3%, смертельныхъ исходовъ 33,5%, изъ нихъ отъ страданій сочлененія 20,4%, отъ чахотки 9,2%, отъ причинъ несвязанныхъ съ составнымъ страданіемъ 3,9%. Въ случаяхъ окончившихся выздоровленіемъ, лѣченіе тянулось $2^1/_2$ года, смертью—$1^1/_2$, средняя же продолжительность болѣзни была 4 года. Среднее укороченіе при хорошемъ исходѣ было $1^1/_4$ дюйма, при посредственномъ $3^1/_4$, рѣдко его совсѣмъ не было. Въ случаяхъ безъ нагноенія въ составѣ, вполнѣ выздоровѣло 69,3%, не вполнѣ 20,2%, умерло 10,5%. Продолжительность болѣзни равнялась 3 годамъ.

Отсюда выведены для резекціи слѣдующія показанія:

1) Некрозъ головки бедра и превращеніе ея въ свободный секвестръ.

2) Плотные секвестры въ головкѣ, шейкѣ бедра или acetabulum.

3) Распространенная костоѣда бедра или таза со свищами.

4) Нарывы въ тазу, послѣ заболѣванія acetabuli.

5) Старое хроническое нагноеніе въ синовіальной оболочкѣ съ пораженіемъ хрящей.

6) Вывихъ бедра, на os ilei съ хроническимъ нагноеніемъ и свищами. Очень раннее нагноеніе и общія заболѣванія могутъ вліять на измѣненіе этихъ показаній.

7) Затѣмъ резекція показана: при амилоидномъ перерожденіи, большихъ потеряхъ гноя, постоянно прогрессирующемъ упадкѣ силъ, и при раннемъ нагноеніи въ тазу, для удаленія гноя.

При нарывахъ acetabuli, раньше чѣмъ приняться за операцію, слѣдуетъ при помощи покойнаго положенія и дренажа бороться съ нагноеніемъ.

После резекціи подвижность гораздо больше, чѣмъ при консервативномъ лѣченіи, но походка становится неувѣренной и больной колеблется то въ ту, то въ другую сторону. Послѣ консервативнаго же лѣченія нога стоитъ твердо, за то походка затруднена.

Вслѣдствіе незначительнаго числа наблюденій, польза антисептическаго лѣченія не можетъ быть еще вполнѣ твердо установлена.

Въ значительной части случаевъ, при резекціи приходилось имѣть дѣло съ некрозомъ; секвестръ или плотенъ и держится плотно, или же разсыпается на маленькіе кусочки.

И такъ: весь отчетъ доказываетъ, что консервативное лѣченіе не должно быть оставляемо, такъ какъ резекціи, какъ видно изъ приведенныхъ въ отчетѣ данныхъ, не дали ощутительно лучшихъ результатовъ, чѣмъ консервативное лѣченіе, особенно относительно функціональныхъ результатовъ, такъ какъ нѣтъ сомнѣнія, что прочный анкилозъ въ тазобедренномъ составѣ, болѣ удобенъ для ходьбы, чѣмъ свободный, болтающійся неартрозъ.

Pitha (l. c., стр. 299) совѣтуетъ въ началѣ болѣзни, въ періодѣ предвѣстниковъ покой и гидропатическое лѣченіе. При развитіи воспаленія и образованіи характернаго коксальгическаго положенія— постоянное вытяженіе, шины и повязки, а въ свѣжихъ, чрезвычайно острыхъ, случаяхъ вывиха—вправленіе подъ хлороформомъ съ послѣдовательнымъ укрѣпленіемъ конечности въ повязкѣ. Но разъ пораженіе кости неподлежитъ сомнѣнію, то вправленіе неумѣстно и можетъ лишь вызвать ухудшеніе болѣзни. Если измѣненія значительны, связки разрушены и кости атрофированы и размягчены, то дальнѣйшее теченіе процесса не можетъ быть остановлено, тогда все таки прежде всего необходимо постараться обезпечить покойное, удобное положеніе конечности, чтобы добиться образованія анкилоза въ этомъ положеніи. Если же при существованіи костоѣды, или омертвѣнія бедренной головки, обильное нагноеніе грозитъ истощеніемъ силъ больного, или если головка уже самородно вывихнута, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ резекціи ея.

Hueter (l. c., стр. 191) въ первыхъ начальныхъ стадіяхъ совѣтуетъ покой и запрещеніе ходьбы ребенку, затѣмъ ванны.

Во второмъ начальномъ періодѣ — внутри составныя и внутри костныя карболовыя впрыскиванія; къ концу этого періода необходимо примѣнять постоянное вытяженіе, если же оно оказывается мало дѣйствительными, то можно въ наркозѣ выпрямить конечность. Какъ только обнаруживается обширное нагноеніе состава, или по ходу болѣзни становится яснымъ, что нельзя предотвратить нагноенія, то показана резекція. Увеличеніе свищей и каждый крупный гноевикъ состава служитъ тоже показаніями для этой операціи.

Противупоказаніемъ же является наличность осложненій, которыя сами по себѣ смертельны и не мо́гутъ быть излѣчены при помощи резекціи.

Boeckel, на конгрессѣ французскихъ хирурговъ въ 1886 году, (l. c., стр. 398) устанавливаетъ прежде всего тотъ фактъ, что при туберкулезныхъ кокситахъ у дѣтей бациллъ мало, общій туберкулезъ является лишь очень поздно, а слѣдовательно и заразительность туберкулеза здѣсь незначительна и успѣхъ терапіи больше. При 32 операціяхъ, онъ вскрылъ 21 разъ составъ, до появленія нагноенія и всегда находилъ глубокое, каріозное пораженіе костей. Выздоровѣло 24, умерло 8 (25%) изъ нихъ отъ общаго туберкулеза 5, отъ нефрита, гнойнаго перитонита и воспаленія легкихъ по 1. Въ половинѣ излѣченныхъ случаяхъ существовали тяжелыя осложненія.

Что же касается продолжительности лѣченія, то послѣ операціи нужно столько же мѣсяцевъ для лѣченія, сколько лѣтъ при консервативномъ лѣченіи. Результаты операціи были слѣдующіе: 15 разъ неартрозъ и 8 анкилозъ. Укороченіе же было различнымъ (см. на стр. 104) и при хорошихъ условіяхъ весьма незначительнымъ. Выводъ его тотъ, что у дѣтей резекція нисколько не серьезнѣе выжидательнаго лѣченія и даетъ лучшіе жизненные и функціональные результаты, если только предпринимается достаточно рано. У взрослыхъ же она серьезнѣе, производство ея труднѣе, а послѣ 40 лѣтняго возраста ей должно предпочесть экзартикуляцію бедра.

Ollier [1]), на томъ же конгрессѣ говоритъ, что, до 1877 года, онъ былъ неособенно высокаго мнѣнія о резекціяхъ; съ тѣхъ поръ онъ хотя и измѣнилъ свой взглядъ, но все таки не принадлежитъ къ числу горячихъ поклонниковъ ея. При туберкулезномъ остеитѣ выжиданіе и дренажъ даютъ лучшіе ортопедическіе результаты.

[1]) *Ollier*. Résection de la hanche dans la coxalgie. Revue de Ch. 1886. 401.

Резекція же показана, когда пораженіе прогрессируетъ и угрожаетъ жизни больнаго, когда имѣютъ дѣло съ ацетабулярнымъ кокситомъ, въ послѣднемъ случаѣ, слѣдуетъ удалить даже вполнѣ здоровую головку. Слѣдуетъ ли гнаться за неартрозомъ послѣ резекціи—не думаю, говоритъ онъ, мы скорѣе должны стремится къ анкилозу, въ особенности у людей физически трудящихся. Операцію слѣдуетъ почти исключительно оставить для дѣтскаго возраста, оперированные же взрослые обыкновено погибаютъ впослѣдствіи отъ общаго туберкулеза.

König (l. c. т. IV. стр. 465) анализируетъ подробно всѣ методы лѣченія коксита. Затѣмъ онъ устанавливаетъ положеніе, что туберкулезный составъ, излѣченный безъ резекціи намъ болѣе пріятенъ, благодаря своей прочности, не взирая на недостаточную подвижность. И затѣмъ, дѣлаетъ выводъ, что резекція тазобедреннаго состава при туберкулезномъ кокситѣ, не должна быть произведена въ то время, когда, еще существуетъ основательная надежда на выздоровленіе, съ относительно благопріятнымъ функціональнымъ результатомъ. Должны существовать, или мѣстныя препятствія къ излѣченію, не устранимыя другимъ путемъ, или общему состоянію больныхъ должны угрожать отъ коксита такія опасности, что вѣроятнымъ послѣдствіемъ ихъ приходится считать смертельный исходъ.

Но, говоритъ онъ дальше, къ сожалѣнію первое показаніе можетъ быть выяснено рано, лишь въ черезвычайно рѣдкихъ случаяхъ. Второе же показаніе къ резекціи, основывается главнымъ образомъ на появленіи нагноенія, угрожающаго жизни больнаго.

Еще настоятельнѣе показуется операція, если одновременно съ нагноеніемъ и лихорадкой существуетъ самопроизвольный вывихъ головки. Затѣмъ, по мѣрѣ улучшенія резекціонной техники, все болѣе и болѣе складывается убѣжденіе, что абсцессы не заживающіе въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, послѣ вскрытія и дающіе обильное нагноеніе показуютъ резекцію, если даже и невызываютъ обильнаго нагноенія. Въ особенности слѣдуетъ настаивать на резекціи въ томъ случаѣ, когда вмѣстѣ съ фистулами существуетъ тяжелое сведеніе. Показаніе *König'а* основаны на продолжительномъ личномъ опытѣ и наблюденіи громаднаго клиническаго матеріала. Къ сожалѣнію онъ не обнародовалъ до сихъ поръ цифръ своихъ, число которыхъ какъ

онъ говоритъ самъ (l. c. стр. 489) переходитъ за сотню. Онъ цитируетъ цифры *Leisrink'a* и *Jacobsen'a*, но придаетъ больше значеніе выводамъ *Grosch'a*, давшаго, изъ антисептическихъ случаевъ резекціи, 28% смертности.

Резюмируя все вышесказанное, мы придемъ къ выводу, что при страданіяхъ тазобедреннаго состава, менѣе чѣмъ гдѣ либо показуется резекція, а всѣ преимущества какъ относительно жизненнаго, такъ и функціональнаго исхода на сторонѣ консервативнаго лѣченія.

X. Бедренная кость.

Случаи туберкулезнаго остеоміэллитта длинныхъ костей описаны сравнительно недавно, раньше же ихъ относили къ острому остеоміэллиту, въ особенности на бедрѣ—любимомъ мѣстѣ этого процесса.

Въ 7 случаяхъ, исторіи болѣзней которыя, мы приводимъ, было больныхъ мужчинъ 6, женщина 1. Пораженіе занимало trochanter major 4 раза и мыщелки бедра 3 раза, нося характеръ отдѣльныхъ туберкулезныхъ костныхъ очаговъ. Разлитой формы туберкулезнаго остеоміэллита не наблюдалось.

Что касается этіологическихъ моментовъ, то золотуха отмѣчена 4 раза, воспаленіе колѣна 1 разъ, остеотомія 1 разъ.

Свищи существовали во всѣхъ случаяхъ. Лѣченіе заключалось въ секвестротоміи и выскабливаніи 2 раза; съ успѣхомъ. Въ первомъ случаѣ, послѣ одной, во второмъ, послѣ 3-хъ операцій. 3 случая лѣчены съ успѣхомъ игнипунктурой, которая въ одномъ случаѣ была повторена дважды и сопровождалась выскабливаніемъ. Два случая лѣчены дренажемъ и повязкой, одинъ изъ больныхъ выздоровелъ, въ состояніи другого измѣненія не произошло. Анализируя случаи наши, мы видимъ, что имѣли дѣло съ ограниченными, туберкулезными костными очагами, которые вскрылись не въ составъ, а наружи, а слѣдовательно въ противномъ случаѣ (вскрывшись въ тазобедренный или колѣнный составы) вызвали бы туберкулезное пораженіе послѣднихъ. Другими словами, мы имѣли дѣло съ однимъ изъ самыхъ благопріятныхъ исходовъ костнаго туберкулеза, чѣмъ и объясняются хорошіе терапевтическіе результаты нашихъ случаевъ.

XI. Колѣно.

По количеству случаевъ, колѣно занимаетъ, какъ у насъ, такъ и въ другихъ статистикахъ, первое мѣсто. Всѣхъ больныхъ было

63, изъ нихъ 46 мужчинъ и 17 женщинъ. Распредѣленіе по возростамъ видно изъ общей таблицы. По частотѣ, оба колѣна были поражены одинаковое число разъ (31 разъ), а 1 разъ были поражены оба колѣна.

Что касается этіологическихъ моментовъ, то въ анамнезѣ золотуха отмѣчена 11 разъ, рахитъ 2, корь 9, скарлатина и дифтеритъ по 1 разу, тифъ 2 раза. Изъ сопутствующихъ болѣзней: пораженіе легкихъ 8 разъ, порокъ сердца и амилоидъ почекъ 1 разъ.

По формамъ страданій: фунгозное пораженіе (исходящее первично изъ кости или синовіяльной оболочки—что осталось въ б. случаевъ невыясненнымъ) 53 раза и hydrops genu tuberculosus 10.

Свищи и нагноеніе въ составѣ существовали въ 26 случаяхъ, въ томъ числѣ во всѣхъ оперированныхъ. Периартикулярные абсцессы, констатированные при поступленіи или пребываніи больнаго, 15 разъ. Случаевъ безъ свищей (но подъ часъ съ подозрѣніемъ относительно нагноенія въ составѣ) 37. Лихорадили при поступленіи или пребываніи въ клиникѣ 28 больныхъ, изъ нихъ у 20 были свищи. При поступленіи ограниченная, въ болѣе или менѣе сильной степени, подвижность была у 38, фиброзный анкилозъ у 18, патологическій вывихъ въ колѣнѣ у 7.

По методамъ лѣченія эти больные распредѣляются такъ: консервативное лѣченіе было примѣнено у 53 больныхъ, при чемъ примѣнялись:

Горячіе и согрѣвающіе компрессы.	12	разъ.
Вытяженіе.	19	»
Игнипунктура (прижиганіе и трефинація)	15	»
Артротомія и дренажъ	7	»
Brisement forcè и выпрямленіе. .	11	»
Выскабливаніе	3	»
Аспирація гноя	2	»

(у одного и того же больнаго примѣнялось по нѣсколько методовъ).

Примѣчаніе. Съемно неподвижныя и шинныя повязки примѣнялись почти у всѣхъ безъ исключенія, какъ консервативно, такъ и оперативно лѣченныхъ больныхъ, по этому онѣ здѣсь и не перечисляются, равно какъ и примѣненіе derivantia et rubefacientia.

Оперативное лѣченіе было примѣнено у 10 больныхъ, причемъ артректомія у 2 больныхъ (1 съ благопр. исходомъ), резекція у 4 больн. (рецидивы у 2, изъ нихъ двое выздоровѣло), ампутація у 4 больн. (умерло 3, туберкулезъ, истощеніи, кровотеченіе).

И такъ общіе результаты лѣченія были слѣдующіе:

	Всего.	Выздор.	Улучшен.	Безъ улучш.	Смерть.
Консервативное лѣч. .	53	19	25	7	2
Оперативное лѣч. . .	10	4	2	1	3
Итого . .	63	23	27	8	5

	Благопріятн. исходовъ		неблагопріятныхъ.
Консервативнаго лѣченія . .	44	(83,1%);	9 (16,9%).
Оперативнаго лѣченія . . .	6	(60%);	4 (40%).

Слѣдовательно, консервативное лѣченіе дало лучшіе результаты, чѣмъ оперативное. Причина смерти заключалась: въ общемъ туберкулезѣ 2 раза, болѣзни сердца и почекъ 1, истощеніе 1 разъ и кровотеченіи послѣ операціи 1 разъ. Двое консервативно лѣченныхъ умерли отъ болѣзни почекъ и сердца и отъ туберкулеза. Весьма подробныя данныя собраны *д—ромъ Деревянко* въ его диссертаціи [1]), авторъ собралъ всего 1498 случаевъ резекціи колѣна.

Изъ нихъ 345 случаевъ, лѣченныхъ съ 1876 по 1883 годъ, строго антисептически, которые и описаны подробно и 131 случай безъ подробнаго описанія болѣзни. Изъ этихъ 476 больныхъ умерло 69 или 14% (l. c. стр. 91). Изъ нихъ отъ туберкулеза, брайтовой и другихъ внутреннихъ болѣзней 50,7%, отъ болѣзней находящихся въ связи съ операціей (піэмія и т. п.) 34,8%, шока и отравленія карболовой к., хлороформомъ 13%.

Сравнивая % смертностей при резекціяхъ, въ до антисептическое время, авторъ пришелъ къ заключенію, что смертность отъ болѣзней, осложняющихъ раны уменьшались въ $2^1/_2$ раза, уменьшилась также смертность и отъ туберкулеза. И смертность съ 60%, получавшихся при производствѣ резекціи до 1850 года, понизилась съ 1876 года (начало антисептическаго метода) до 12,5%, а за послѣдніе, восьмидесятые годы, она составляетъ 5%, (въ томъ числѣ 2,85% отъ туберкулеза). Разбирая функціональные результаты,

1) „Къ вопросу о резекціи колѣннаго сустава при хроническихъ фунгозныхъ воспаленіяхъ его" (сравнительно статистическое изслѣдованіе). Спб. 1883.

авторъ приводитъ слѣд. данныя: изъ числа 291 выздоровѣвшихъ послѣ резекціи, получено:

1) Вполнѣ годныя конечности . . . . 61,3% ⎫
2) Годныя со свищами, или требующія поддержив. аппаратовъ . . . . , . 20,6% ⎭ 81,9%.
3) Годность неизвѣстна . . . . 3,1%.
4) Негодныя { б. ходитъ на костыляхъ. потребовавшія ампутаціи. } 14,7%.

Но если не считать 2-й категоріи автора, за годныя, какъ это и будетъ справедливымъ, то будемъ имѣть годныхъ 61,3%, негодныхъ 35,7%.

Антисептическое лѣченіе уменьшаетъ вдвое продолжительность лѣченія послѣ операціи, что представляетъ громадную выгоду въ томъ отношеніи, что и общее состояніе больнаго могло скорѣе улучшаться.

Что касается укороченія, то въ 55 отмѣченныхъ случаяхъ, оно составляло въ среднемъ выводѣ 4,5 cmt.

Наиболѣе благопріятные функціональные результаты и наименьшій % смертности даютъ резекціи колѣна, въ возрастѣ отъ 6 до 15 и отъ 21 до 30 лѣтъ (72—76% годныхъ членовъ и 9% до 12% смертности). Въ возрастѣ до 5 лѣтъ результаты хуже—(63% 69% годныхъ и 16% 17% смертности). Наконецъ послѣ 30 лѣтъ % годности сильно падаетъ, а % смертности сильно повышается.

Въ заключеніе авторъ приводитъ результаты выжидательнаго лѣченія изъ клиники *Billroth'а* и *König'а* (стр. 102).

У перваго лѣчено было: съ нагноеніемъ 154 и 88 безъ нанагноенія, повязками 23; у König'а 38 изъ нихъ выскабливаніе 15 и т. п.

	Billroth.		König.	
	съ нагн.	безъ нагн.	съ нагн.	безъ нагн.
Вылѣчено—годныя конечности .	65 (42;3%)	52 (59%)	8 (34,8%)	3 (20%)
Не вылѣчено .	51 (33,1%)	30 (34,2%)	13 (56,5%)	6 (46,6%)
Умерло . . .	38 (24,6%)	6 (6,8%)	2 (8,7%)	5 (33,3%)

«Результаты эти, говоритъ авторъ, стоятъ даже ниже тѣхъ, которые получались послѣ резекціи, произведенныхъ въ тоже время и тѣми же наблюдателями, слѣдовательно съ резекціями послѣдняго времени (восмидесятыхъ годовъ) они совсѣмъ невыдерживаютъ ни-

какого сравненія». Отсюда авторъ дѣлаетъ такое заключеніе: «разъ извѣстно изъ статистическихъ данныхъ, что настойчиво продолженное лѣченіе даетъ худшіе функціональные результаты и бóльшую смертность чѣмъ резекція, произведенная при худшихъ условіяхъ, то съ того момента, когда является разногласіе относительно дальнѣйшаго лѣченія больнаго состава, предпочтеніе должно отдаваться резекціи, представляющей, больше шансовъ на успѣхъ и которая должна въ такомъ случаѣ производится раньше.

Такъ какъ въ послѣднее время и смертность отъ туберкулеза послѣ резекціи, благодаря болѣе раннему ихъ производству и лучшимъ способомъ лѣченія, значительно понизилась (всего 2,85%), то мы можемъ смотрѣть на эту операцію какъ на одно изъ надеждныхъ средствъ для удаленія мѣстной болѣзни и по крайней мѣрѣ до нѣкоторой степени, какъ на prophilacticum противъ развитія общаго туберкулеза».

Caumont (l. c. стр. 190) приводитъ результаты консервативнаго лѣченія 95 случаевъ: (56 м. 39 ж.) умерло 29, излѣчено съ нормальной функціей состав. 20, съ ограниченной подвижностью 46, не вылѣчено 2. Изъ этихъ больныхъ у 10 впослѣдствіи пришлось произвести ампутацію и изъ ампутированныхъ умеръ 1.

Главную причину плохихъ результатовъ консервативнаго лѣченія онъ видитъ въ томъ, что въ большей части гонитовъ преобладаютъ костныя формы, представляющія значительное распространеніе по тканямъ. Изъ 35 резецированныхъ умерло 14, вылѣчено 21, ампутировано 5. Изъ нихъ умерло отъ общаго туберкулеза 7, амилоида 3.

Что касается функціональныхъ результатовъ, то онъ устанавливаетъ тотъ фактъ, что анкилозъ въ удобномъ, выпрямленномъ положеніи, безъ резекціи, получается почти исключительно, когда лѣченія повязками и шинами продолжается въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ. Укороченіе, въ 11 случаяхъ консервативнаго лѣченія, составляло отъ $2^1/_2$ до 15 ctm, послѣ 16 резецированныхъ случаевъ, отъ $4^1/_2$ до 17 ctm. слѣдовательно болѣе значительное и данныя таблицы *Caumont* подверждаютъ вредное вліяніе удаленія эпифизовъ въ дѣтскомъ возрастѣ. Далѣе онъ сопоставляетъ результаты случаевъ:

Безъ нагноенія:

	Всего	Умерло	Неизлѣчено	Годныя конечности или съ незначит. ограничен. подвижности.	Излѣчено послѣ ампутаціи.
Консерват. л.	10	1 (10%)	4 (40%)	5 (50%)	1 (10%)
Резецировано	3		1 (33%)	2 (66%)	1 (33%)
Съ нагноеніемъ:					
Консерват. л.	25	16 (64%)		9 (36%)	2 (8%)
Резецировано	29	13 (44%)		10 (51%)	4 (13%)

Изъ этой таблицы Caumont дѣлаетъ выводъ, о блестящихъ результатахъ резекціи въ тяжелыхъ случаяхъ, при существованіи нагноенія въ составѣ. Хотя изъ послѣдней графы видно, что послѣ резекціи гораздо чаще приходится ампутировать, чѣмъ послѣ консервативнаго лѣченія.

Др. *Bartha* даетъ слѣдующіе результаты 13 резекціи колѣна, (все туберкулезъ) выздоровѣло 8, послѣ ампутацій 3, неполныхъ выздоровленій 1, умеръ 1.

Albrecht приводитъ слѣдующіе результаты лѣченія 103 больныхъ (52 м. 51 ж.), причемъ правое колѣно было поражено 55, лѣвое 47 разъ. Лѣчено консервативно 68, умерло 25, резецировано 35, умерло 20. Въ частности, при консервативномъ лѣченіе полное излѣченіе съ полной подвижностью наступило у 8 больныхъ, анкилозъ у 26, слѣдовательно благопріятные результаты составляютъ 50%. Не вылѣчено 9, умерло 25 (36,7%) изъ нихъ отъ чахотки 12, отъ постороннихъ болѣзней 2. Изъ 35 резецированныхъ, выздоровѣло 15, въ томъ числѣ послѣ ампутаціи 10, умерло 20. Костное происхожденіе процесса можно было констатировать въ 7, изъ числа резецированныхъ случаевъ. Въ результатѣ резекцій (во всѣхъ случаяхъ кромѣ одного) былъ полученъ анкилозъ.

Въ частности результаты лѣченія, въ теченіи перваго десятилѣтія жизни были слѣдующіе:

Изъ 19	консерват. лѣченныхъ	выздоровѣло	13—68%
» 18	резецированныхъ	»	9—50%
Итого изъ 37		»	22—60%

Заключеніе автора то, что часто предпринимаемыя резекціи не увеличили значительнымъ образомъ числа благопріятныхъ исходовъ при бугорчаткѣ колѣна.

Bidder о статистикѣ *Albrecht'а* говоритъ, что онъ потверждаетъ извѣстный фактъ, что консервативное, resp. выжидательное, лѣченіе даетъ очень плохіе результаты, но позднія резекціи еще худшіе.

Самъ же *Albrecht* даетъ для лѣченія коксита и гонита одинаковыя показанія, именно: въ теченіи первыхъ двухъ десятилѣтій, должно по возможности отдавать преимущество консервативному лѣченію, дабы избѣжать укороченія конечности. Но въ 3 десятилѣтіи, когда эта опасность перестаетъ существовать, надежда на излѣченіе резекціей очень слаба и остается ампутація для спасенія больнаго. Преимущество ампутаціи и резекціи заключаются еще въ томъ, что онѣ избавляютъ больнаго отъ очага, могущаго явиться источникомъ общей инфекціи.

S*chreiber* (l. c., стр. 36) собралъ слѣдующую статистику резекцій колѣна, при фунгозномъ пораженіи его:

	Случаевъ.	Изъ нихъ вполнѣ выздоровѣло.	Умерло.	
Ollier	7	6	—	
Poinsot	7	5	—	
Boeckel	13	10	—	
Ashhurst	26	22	2	
Fenvick	28	—	1	
Sack	144	—	17	(17,3%)
Kocher	64	—	—	(9%)
Hoffa	130	—	—	(7% и ампутир. 6%)
Albrecht 103 сл. консерв.	68	50%	20	
Albrecht 103 сл. резецир.	35		(40% и 13,7% ампутир.)	
Kappeler консерв.	95	61% неуспѣшн. исход.	33%	
Kappeler резецир.	35	41% » »	36%.	

Willemer [1]) пользуется матеріаломъ изъ клиники *König'а* съ 1875 по 1882, обнимающемъ 174 случ. Мужчинъ 107—62% женщинъ 67—38%. По возрастамъ распредѣленіе больныхъ было таково:

[1]) Ueber Kniegelenktuberculose. Deut. Zeits. f, Chir. T. XXII стр. 268—332. 1885 г.

До 10-ти лѣтъ. . . . . . . 76—44%
Отъ 11-ти до 20-ти лѣтъ . . 49—28%
Отъ 21-го и выше . . . . 49—28%.

Старческій возрастъ авторъ не считаетъ противупоказаніемъ для резекціи. Производившаяся при hydrops tuberculosus пункція состава, съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ, а равно артротомія и дренажи не повели къ выздоровленію, такіе же результаты дали впрыскиванія карболовой кислоты и іодоформа. Способы лѣченія были слѣдующія:

Гипсовая повязка, вытяженіе . . . . 26% } консервативное 35%.
» » вскрытіе нарывовъ . 9% }

Атипическая, частичная резекція . . . 6% }
типическая » . . . 49% }
первичная ампутація . . } 21% 10% } Оперативно лѣченныхъ 65%.
вторичная » . . } 11% }

Результаты.	Консервативнаго лѣченія. %	Оперативнаго лѣченія. %	Первичной ампутаціи. %
Полное излѣченіе	40	47	47
Неполное »	34	14	»
Умерло	26	28	53
Выздоровѣло послѣ ампутаціи	»	11	»

Для вѣрной оцѣнки результатовъ, *Willemer* считаетъ справедливымъ, не брать общихъ цифръ, а сопоставлять аналогичные случаи другъ съ другомъ, но самъ же сознаетъ, что такое сопоставленіе представляетъ непреодолимыя затрудненія, такъ какъ не существуетъ для этого опредѣленнаго критерія. Послѣднимъ не можетъ служить одно мѣстное страданіе, ибо состояніе внутреннихъ органовъ играетъ не менѣе важную роль. Одно, что можетъ служить для классификаціи случаевъ, это нагноеніе resp, образованіе свищей.

	Больныхъ было у него. %		%
Безъ свищей (нагноенія). . . .	40	изъ нихъ	44
Со свищами (съ нагноніемъ) . .	60	не резецирован.	56

Сопоставляя результаты лѣченія онъ получилъ:

a) Въ 68 случаяхъ безъ нагноенія, резецировано 51%, консервативно лѣчено 49%. Изъ этихъ 68 случаевъ, выздоровѣло вполнѣ 54%, не вполнѣ 18%, выздоровѣло послѣ ампутаціи 6% и умерло 22%.

b) Въ 102 случаяхъ, съ нагноеніемъ, резецировано 60%, первично ампутировано 16%, консервативно пользовано 24%. Выздоровѣло вполнѣ 34%, не вполнѣ 19%, выздоровѣло послѣ ампутаціи 13%, умерло 34%.

Разбивая эти данныя на консервативно лѣченныхъ и резецированныхъ, имѣемъ: А. Не резецированные:

	Всего.	Полное выздоровленіе.	Неполное.	Умерло.	Выздоровѣло послѣ ампутаціи.
		Проценты.			
Безъ нагноенія. .	33	61	21	18	—
Съ нагноеніемъ. .	49	14	29	38	19
B. резецированные	95	47	14	28	11

(Въ отдѣлѣ резецир. разница обѣихъ категорій крайне незначительна).

Сопоставленіе данныхъ, привело Willemer'а къ убѣжденію, что туберкулезъ колѣна неизлѣчивается вполнѣ, раньше чѣмъ черезъ 2—3 года, съ другой стороны и послѣ резекціи (даже въ случаяхъ безъ нагноенія) процессъ можетъ тянуться до 10—12 лѣтъ и внезапно заявить объ себѣ «рецидивомъ».

Ollier (l. c. De la résection du genou, стр. 268) настаиваетъ на томъ, что у дѣтей предпочтеніе должно быть отдано консервативному методу, въ виду опасности укороченія костей послѣ резекціи. Къ консервативному же методу можно прибѣгнуть и въ каждомъ возрастѣ, при началѣ страданія; но разъ показуется оперативное вмѣшательство, то должно отдавать предпочтеніе резекціи, передъ ампутаціей, за исключеніемъ очень тяжелыхъ формъ. Желательнымъ исходомъ резекціи долженъ быть прямой анкилозъ. Примѣнявъ, предложенные имъ методы операціи и строгую антисептику, *Ollier* получилъ заживленіе резекціонной раны подъ одной повязкой [1]) которая смѣнялась на 17—38 день, причемъ

[1]) De la simplification du traitement post opératoire de la résection du genou—consolidation sous un seul pansement. Revue de Chir. 1889.

колѣно было уже прочнымъ (solide). *Ollier* полагаетъ, что при употребленіи іодоформа можно перевязывать черезъ 40—50 и болѣе дней, причемъ подъ одной повязкой получается прочный анкилозъ.

Подобные же результаты приводитъ и *Duséa* [1]) (на 5-мъ конгр. италіянскихъ хирурговъ) у него заживленіе раны и прочное сращеніе костей наступало подъ 1—2 повязками. Такіе хорошіе результаты склонили значительную часть хирурговъ, въ пользу резекціи при туберкулезѣ колѣна.

Такъ *Nougebauer* [2]) на основаніи 101 резекціи, произведенной въ послѣдніе года въ клиникѣ Lücke, отдаетъ преимущество резекціямъ. Болѣзни потребовавшія резекціи были: хроническое воспаленіе колѣна 90, острое 6, анкилозъ 5, произведены: 71 полная и 30 частичныхъ резекцій. Исходъ слѣд.: излѣченныхъ (съ прочнымъ анкилозомъ безъ свищей) 63,3%, не вполнѣ излѣченныхъ 17,8, излѣченныхъ вторичной ампутаціей 8,9%, умерло въ клиникѣ 10%. Изъ числа 69 паціентовъ, судьба которыхъ была извѣстна, умерло еще 8, отъ общаго туберкулеза. Исключивъ число рецидивовъ, будемъ имѣть 85% излѣченныхъ. Вполнѣ годная, выпрямленная конечность получена въ 47 случаяхъ, посредственные результаты въ 11, сильное сведеніе въ 3, сильное укороченіе въ 8.

Столь же удовлетворительные результаты сообщаетъ *Willam Thomson* [3]), въ болѣе чѣмъ 50 случаяхъ онъ потерялъ лишь одного больнаго и лишь 2 раза пришлось произвести вторичную ампутацію, поэтому онъ отдаетъ предпочтеніе резекціи, передъ энергическимъ выскабливаніемъ внутреннихъ частей сочлененія, послѣ котораго онъ не вѣритъ въ возможность сохраненія подвижности. Что же касается до укороченія ноги послѣ резекціи, то это неизбѣжное зло, съ которымъ необходимо примириться, такъ какъ пораженіе кости часто бываетъ на столько велико, что приходится удалять кость надъ эпифизомъ.

Укороченіе и плохіе функціональные результаты, получаемые послѣ резекцій, произведенныхъ въ періодѣ роста костей, заставили

[1]) Nouvelles observations de la résection du genou. Revue de Chir. 1888.

[2]) Ueber die Endresultate der Kniegelenkresectionen. Deut. Z. f. Chir. T. XXIX, стр. 379, 1889.

[3]) The operative treatement of tubercular diseases of the knee joint. Prow. Med. Journ. Leicester 1890. реф. въ Gazette Hebd. 1890, № 9.

хирурговъ искать такихъ оперативныхъ методовъ, при которыхъ бы сохранялись эпифизарные хрящи, такимъ методомъ и явилась какъ мы видѣли выше (стр. 98) атректомія, предложенная въ 1877 году König'омъ и Volkmann'омъ и примѣнявшая съ тѣхъ поръ много разъ съ благопріятными результатами о которыхъ сообщаетъ *De Paoli* [1]), который изъ 14 случаевъ фунгознаго гонита, 13 разъ получилъ выздоровленіе, б. ч. съ анкилозомъ и одинъ смертельный исходъ (отъ туберкулеза, послѣ вторичной ампутаціи). На основаніи этихъ случаевъ, авторъ пришелъ къ выводу что «въ то время какъ Volkmann, совѣтуетъ артректомію только при fungus articuli, König при большихъ нарывахъ и свищахъ, я ее считаю показанной при всѣхъ фунгозныхъ страданіяхъ составовъ, сопровождающихся упадкомъ силъ, упорной лихорадкой и явленіями ограниченнаго гнѣзднаго пораженія эпифизовъ».

Mandry [2]) получилъ менѣе благопріятные результаты, именно изъ 70 больныхъ умерло 7, рецидивовъ 19, полныхъ выздоровленій 44, анкилозовъ 32, укороченій не было, удлиненій 3, сгибательныхъ контрактуръ 55%, полное возстановленіе подвижности въ 8 случаяхъ. Слѣдовательно, главное преимущество артректоміи заключается въ отсутствіи укороченія и возможности полученія подвижнаго сочлененія, но за то при ней легче могутъ остаться незамѣченными костныя гнѣзда и наклонность къ сгибательной контрактурѣ, при ней гораздо больше, чѣмъ при резекціи, хотя вообще артректомія составляетъ цѣнное пріобрѣтеніе въ хирургической техникѣ, Французскіе хирурги отнеслись съ меньшимъ сочувствіемъ къ артректоміи и отдаютъ преимущество резекціямъ. Такъ напр. проф. *Lucas Championnière* (l. c. Rev. de chir 1887. 1.) полагаетъ, что первая никогда не можетъ дать блестящихъ результатовъ, такъ какъ даже у дѣтей существуютъ пораженія костей и нечего настаивать на необходимости возможно полнаго удаленія всѣхъ очаговъ болѣзни, не говоря уже о трудности удаленія всей синовіяльной оболочки, даже въ самыхъ благопріятныхъ случаяхъ. Затѣмъ послѣ операціонное лѣченіе столь же продолжительно, какъ и послѣ резекціи и получается

---

[1]) Dell artrectomia parziale e totale. Giorn. della R. Academia di Torino реф. Centrbl. 1887, стр. 165.

[2]) Zur Frage der Arthrektomie der Kniegelenkes bei kindern Beiträge z. Klin Chir Bruns'a. T. III. 1888.

ригидность состава, (roideur articulaire) отсутствіе же укороченія представляетъ лишь кажущееся преимущество.

P. Second (также) присоединяется къ его мнѣнію, такъ какъ послѣ 2 артректоміи онъ долженъ былъ впослѣдствіи ампутировать бедро.

Такъ же неодобрительно отзывается объ артректоміи и *Gerster* [1]) хотя онъ и настаиваетъ на томъ, что у дѣтей нужно по возможности избѣгать резекціи, но у взрослыхъ она является лучшимъ средствомъ для остановки туберкулезнаго процесса.

Объ артректоміи *Gerster* отзывается не такъ благопріятно, такъ какъ наблюдалъ послѣ нея, какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей рецидивы. Изъ 12 же резецированныхъ выздоровѣли съ фибрознымъ анкилозомъ 1, съ костнымъ 9, умерло 2 (1 послѣ вторичной ампутаціи).

Проф. *Коровaевъ* (l. c. 402) пользовалъ въ своей клиникѣ 50 случаевъ tumoris albi genu. Изъ нихъ оперировано 3—всѣ ампутированы въ нижней трети бедра, вслѣдствіе разрушенія колѣннаго состава, выздоровѣло 2, умеръ 1 (піэмія). Разрѣзы, контрапертура, дренажи и вскрытія периартикулярныхъ абсцессовъ примѣнены въ 7 случаяхъ, тяжелаго пораженія со вскрытіемъ полости, обнаженіемъ и caries составныхъ поверхностей. Изъ нихъ умерло 5, — два отъ туберкулеза и 3 піэміи, у остальныхъ незначительное улучшеніе. Въ остальныхъ случаяхъ лѣченіе состояло:

1) Въ прижиганіяхъ ferro candente (поверхностныхъ), въ первыхъ періодахъ болѣзни, безъ пораженія каріознымъ процессомъ костей, и неподвижной гипсовой повязкѣ. Изъ 29 случаевъ въ 11 полное выздоровленіе и въ 18 улучшеніе.

2) Въ прижиганіи и послѣдовательной давящей повязкѣ, 7 случаевъ,—улучшеніе въ 5, (примѣнялось въ легкихъ формахъ).

3) Въ прижиганіи и вытяженіи, 2 случая — 1 умеръ отъ туберкулеза.

4. Впрыскиваніе 2% карболоваго раствора, въ 2 случаяхъ—улучшеніе.

Проф. *Подрезъ* приводитъ, въ своей второй таблицѣ, результаты 21 оперативнаго лѣченія колѣннаго сочленія, причемъ резекція была

---

[1]) Excision of the knee-joint for tuberculosis. Annales of surgery Nyork 1887, реф. Centralbl. f. Chir. 1888. стр. 970.

примѣнена 15 разъ, артректомія 6, ампутація 3, и brisment forcè 3 раза. У 4 бол. было сдѣлано 2 и у 1—3 операціи. Изъ нихъ выздоровѣло 19, умерло 2, оба отъ случайныхъ заболѣваній. Функціональные результаты были слѣд.: полная подвижность у 2 больныхъ, ограниченная (отъ 90° до 10°) у 11, анкилозъ у 4, ампутировано 3. Укороченіе наблюдалось въ 12 случаяхъ и было отъ 0,5 cmt до 5 cmt.

Теперь посмотримъ, какія показанія поставлены для лѣченія колѣна различными авторами. *Pitha* (l. c. стр. 394) совѣтуетъ при хроническомъ воспаленіи вообще, покойное положеніе, туторы, минеральныя ванны и грязи; онъ относится весьма скептически къ derivantia, rubefacientia и прижиганіямъ раскаленнымъ желѣзомъ. При разростаніи синовіяльныхъ ворсинъ съ узурой связочнаго снаряда, хрящей и мыщелковъ, на сохраненіе члена можно надѣяться лишь посредствомъ резекціи, если же и это невозможно, вслѣдствіе слишкомъ сильно развившагося и распространившагося изъязвленія, то остается только ампутація бедра.

Hüeter (l. c. т. II, ч. 3 стр. 242), рекомендуетъ непрерывное вытяженіе, впрыскиванія карболовой кислоты, если же, несмотря на это лѣченіе, замѣчается наклонность къ нагноенію, то необходима резекція. Въ особенности, при многолѣтнемъ существованіи грануляціоннаго синовита нужно отказаться, говоритъ онъ, отъ всякой надежды на излѣченіе помимо операціи, хотя при хорошемъ общемъ состояніи больнаго, позволительно сдѣлать попытки съ неоперативными средствами. Но разъ показалось нагноеніе, нужно отказаться отъ нихъ и прибѣгнуть къ резекціи, съ полной артректоміей. Ампутація показана при амилоидѣ, или бугорчаткѣ внутреннихъ органовъ, высокой лихорадкѣ, истощеніи и въ преклонномъ возрастѣ.

Albert (l. c. стр. 441) говоритъ что, показанія для артректоміи при фунгозныхъ процессахъ весьма сомнительны, что же касается показанія къ резекціямъ, то онъ цитируетъ буквально *König*'а.

Послѣдній (l. c. IV стр. 654) указываетъ что „окончательное излѣченіе, съ полнымъ сохраненіемъ функціи состава бываетъ, но очень рѣдко. Billroth опредѣляетъ его въ 11,7%. Около 30,8% излѣчиваются съ ограниченіемъ функціи".

По наблюденіямъ самого *König*'а изъ легкихъ случаевъ излѣчивается: при консервативномъ лѣченіи 33,3%, что составляетъ около 8%

всѣхъ случаевъ, излѣчивающихся съ хорошо пригодной къ употребленію конечностью. Между тѣмъ, какъ остальные случаи по прошествіи долгаго времени не были излѣчены и должны быть подвергнуты ампутаціи, или резекціи. Что касается % смертельнаго исхода, то *Billroth* опредѣлилъ его въ 429%, а König на основаніи 10 личныхъ наблюденій въ 29%.

При лѣченіи начальныхъ, легкихъ формъ, *König* даетъ немного значенія derivantia, rubefacientia, vesicantia и впрыскиваніямъ карболовой кислоты. Если нѣтъ гноя, то онъ питаетъ большое довѣріе къ давленію. При всякомъ лѣченіи необходимо укрѣпленіе въ неподвижной повязкѣ. Вытяженію онъ тоже не придаетъ большаго значенія, примѣняя его лишь временно, для уничтоженія напряженія, боли и контрактуръ.

Разъ развилось нагноеніе въ составѣ, то аспирація гноя даетъ плохіе результаты. Гораздо большую выгоду представляетъ вскрытіе и дренажъ состава, съ выскабливаніемъ, въ случаѣ нужды, грануляцій острой ложечкой. Затѣмъ, въ особенности у дѣтей, онъ совѣтуетъ выскабливаніе синовіяльной оболочки и костныхъ гнѣздъ черезъ два боковыхъ разрѣза, причемъ можно произвести изслѣдованіе и артректомію всего состава. Для устраненія воспалительной контрактуры онъ рекомендуетъ 1) выпрямленіе подъ хлороформомъ, 2) выпрямленіе въ аппаратахъ, 3) вытяженіе тяжестями, 4) вскрытіе состава и сближеніе составныхъ концовъ посредствомъ перерѣзки напрягающихъ тканей, но преимущество онъ отдаетъ второму изъ этихъ методовъ, считая его нормальнымъ и болѣе вѣрнымъ способомъ.

«Чтоже касается резекціи, то антисептическая и безкровная резекція сдѣлалась столь мало потрясающей операціей, что на нее можно рѣшиться, даже у пожилаго больнаго, въ томъ случаѣ, когда возможно вполнѣ удалить все пораженное. Въ противномъ случаѣ, мы рискуемъ скорѣе все-таки у молодыхъ субъектовъ рецидивомъ, а у старыхъ предпочитаемъ ампутацію, которая въ общемъ показуется при тяжеломъ общемъ туберкулезѣ легкихъ и почекъ, амилоидномъ перерожденіи или паренхиматозномъ нефритѣ, равно какъ, если одновременно существуетъ септическая инфекція туберкулезныхъ составовъ. Остальные случаи, несомнѣнно тяжелаго туберкулеза, мы предназначаемъ для резекціи. Производство ранней

резекціи, въ то время, когда мы не можемъ, основательно сомнѣваться въ возможности излѣченія безъ операцій зависитъ главнымъ образомъ отъ соціяльныхъ условіи больнаго.

У дѣтей настоящія резекціи вслѣдствіе послѣдующей задержки роста и укороченія конечности, должны быть ограничены, до самой крайней степени и онѣ должны быть имъ произведены при пораженіи—разрушеніи одного или обоихъ эпифизовъ костей, здѣсь резекція не представляетъ неудобства, такъ какъ сама болѣзнь уже разрушила поясъ роста кости и слѣд. нельзя винить операцію въ задержкѣ роста.

Случаи, въ которыхъ мы были бы вынуждены произвести типическую резекцію встрѣчаются лишь весьма рѣдко. Обыкновенно для удаленія больныхъ частей бываетъ достаточно острой ложечки и долота».

И такъ: для колѣна мы пришли къ выводамъ, аналогичнымъ выводамъ при тазобедренномъ составѣ. Въ обоихъ случаяхъ, консервативное лѣченіе дало какъ меньшій % смертности и неблагопріятныхъ исходовъ, такъ и большій % выздоровленія и благопріятныхъ исходовъ. Тоже самое должно быть повторено и относительно функціональной годности конечности. Прочный анкилозъ, съ незначительнымъ укороченіемъ, послѣ консервативнаго лѣченія, конечно лучше чѣмъ анкилозъ съ значительнымъ укороченіемъ, послѣ оперативнаго. Что же касается не артрозовъ, то они до сихъ поръ были такъ неудовлетворительны что, какъ мы выше видѣли, почти всѣ хирурги считаютъ здѣсь прочный анкилозъ желаннымъ результатомъ.

И такъ: примѣняя консервативное лѣченіе во всѣхъ случаяхъ въ дѣтскомъ возрастѣ и въ случаяхъ безъ значительнаго разрушенія состава у взрослыхъ, мы предназначимъ для резекціи послѣдніе: т. е. случаи обширнаго разрушенія состава, съ разрушеніемъ составныхъ хрящей, концовъ костей и т. п. Въ иныхъ случаяхъ, при общемъ плохомъ состояніи больнаго, здѣсь слѣдуетъ предпочесть ампутацію резекціи.

XII. Голень.

Пораженіе костей голени наблюдалось у 5 больныхъ (3 мужчинъ и 1 женщина). По мѣстамъ пораженія оно локализировалось

такъ: верхняя треть tibiae 3 р. большая часть кости 1 разъ и наружный мыщелокъ 1 разъ. Золотушное расположеніе существовало въ 4 случаяхъ; инфекціонныя болѣзни въ 2, въ 1 случаѣ, уже во время пребыванія больнаго въ госпиталѣ, вслѣдствіе вѣроятной аутоинфекціи, развилось туберкулезное пораженіе легкихъ. Воспаленіе сосѣдняго состава (колѣна) предшествовало 1 разъ и 1 разъ развилось во время пребыванія больныхъ въ клиникѣ. Лѣченіе въ послѣднемъ случаѣ заключалось, въ отвлекающихъ и повязкѣ; продолженное въ теченіи $16^{1}/_{2}$ мѣсяцевъ оно дало въ результатѣ пораженіе сосѣдняго состава и туберкулезъ легкихъ, остальные 4 случая всѣ окончились выздоровленіемъ.

У однаго больнаго выскабливаніе было примѣнено 2 раза, у другаго сдѣлана трефинація и секвестротомія, третій былъ лѣченъ трефинаціей, секвестротоміей и игнипунктурой, повторенной 2 раза, наконецъ у четвертаго было произведено выскабливаніе свищей, трефинація и игнипунктура. Относительно характера страданія здѣсь можно повторить тоже, что сказано о бедрѣ, т. е.: что это были отдѣльные туберкулезные фокусы, не вскрывшіеся въ составъ, за исключеніемъ однаго случая, гдѣ такое вскрытіе вызвало заболѣваніе состава, почему и исходъ заболѣваній былъ благопріятнымъ. Что же касается терапіи, то разъ распознано присутствіе туберкулезнаго фокуса—онъ долженъ быть или удаленъ острой ложечкой или долотомъ, или же разрушенъ высокой температурой (игнипунктура).

XIII. Стопа и голенностопный составъ.

Всѣхъ случаевъ заболѣванія стопы собрано нами 48 (мужчинъ 32, женщинъ 16). Правая стопа была поражена 24 раза, лѣвая 22, обѣ 2 раза. Распредѣленіе по возрастамъ помѣщено въ общей таблицѣ.

По отдѣльнымъ частямъ, заболѣванія распредѣляются слѣдующимъ образомъ: голенностопный составъ былъ пораженъ въ 30 случаяхъ. Изъ нихъ: онъ одинъ 16 разъ, въ томъ числѣ первичная а) фунгозная форма, исходящая изъ синовіальной оболочки 8 разъ и в) исходящая изъ кости столько же разъ (у 7 больныхъ). Въ связи съ другими частями стопы—14 разъ а) синовіальная форма 37 разъ, в) костная форма 11 разъ. Кости tarsi были поражены въ 31 слу-

чаѣ, изъ нихъ въ 6 самостоятельно и въ 25 въ связи съ другими. Ossa metatarsi были поражены 12 разъ и пальцы 5 разъ, все въ связи съ другими костями и сочлененіями. Слѣдовательно, рѣже всего поражались пальцы, за ними идутъ ossa metatarsi, затѣмъ составъ, а чаще всего ossa tarsi.

Въ анамнезѣ золотуха отмѣчена 9 разъ; хроническіе костные процессы въ другихъ частяхъ скелета 3 раза; тифъ 2 раза. Изъ сопутствующихъ пораженій: чахотка 8 разъ, туберкулезъ яичекъ 1 разъ, пораженіе почекъ 1 разъ, цынга 2 раза.

Свищи существовали въ 37 случаяхъ, въ томъ числѣ периартикулярные, не вскрывшіеся абсцессы наблюдались въ 9 случаяхъ и нагноеніе железъ въ паховой области въ 2 случаяхъ. Половина (24) больныхъ лихорадила. Врожденная атрофія конечности наблюдалась въ 1 случаѣ.

Какъ консервативное, такъ и оперативное лѣченіе были примѣнены въ одинаковомъ числѣ случаевъ (24).

Консервативное лѣченіе заключалось:

Въ наложеніи неподвижныхъ повязокъ 18 разъ, употребленіи отвлекающихъ — 11 разъ, согрѣвающихъ компрессахъ — 11 разъ, впрыскиваніи въ свищи—2 раза, секвестротоміи—2 раза, игнипунктурѣ—2 раза, evidement и выскабливаніи—4 раза, массажѣ—1 разъ, и вскрытіи нарывовъ, затековъ, по мѣрѣ ихъ образованія.

Результаты случаевъ консервативнаго лѣченія слѣдующее:

Случаи.	Всего.	Выздоров.	Улучшеніе.	Безъ перем. и ухудш.	Смерть.	
а) Со свищами . .	14	3	2	6	1	(отъ бугорчатки).
в) Безъ свищей. .	10	6	3	3	—	
	24	9	5	9	1	

Или же: благопріятныхъ исходовъ 14 (58,3%), неблагопріятныхъ 10 (41,6%). Кромѣ того рецидивъ наблюдался въ одномъ случаѣ.

Оперативное лѣченіе примѣнено въ 24 случаяхъ—всѣ со свищами.

*

Результаты слѣдующіе:

Всего случ.	Выздоровл.	Улучшеніе.	Безъ перем. и ухудшен.	Смерть.
24	16	4	2	2

Слѣдовательно благопріятныхъ исходовъ 20 (83,3%), неблагопріятныхъ 4 (16,6%).

И такъ: оперативное лѣченіе, здѣсь дало существенно лучшіе (на 23%) результаты, чѣмъ консервативное; послѣднее же въ случаяхъ со свищами дало гораздо худшіе результаты, чѣмъ въ случаяхъ безъ свищей. Въ частности, оперативное лѣченіе заключалось: въ резекціи 9 разъ (въ томъ числѣ 1 по Hueter'у), въ результатѣ которыхъ получено; вполнѣ годныхъ конечностей 5, не вполнѣ—2, не годныхъ 1, неизвѣстно 1, въ томъ числѣ рецидивъ былъ 2 раза. Шопартовской оп. 1 разъ—выздоровленіе, Пироговской операціи—7 разъ. Выздоровѣло 4, получена плохая культя у 1 и 2 умерло, (отъ септицеміи, которой болѣлъ до операціи и общаго туберкулеза) Саймовской ампутаціи 1 разъ, ампутаціи hallucis 1, резекціи calcanei (по Ollier) 1 разъ. Ампутаціи въ нижней 1/3 голени, 4 раза и въ нижней 1/3 бедра, 1 разъ (всѣ выздоровѣли). Оба смертельные исхода не находились въ связи съ операціей, такъ какъ до операціи у одного больного существовало обширное пораженіе внутреннихъ органовъ, а у другого хроническая септицемія.

Возьмемъ для сравненія результаты другихъ авторовъ. Такъ *Culbertson* собралъ результаты 117 резекціи, произведенныхъ вслѣдствіе хроническихъ болѣзней голеностопнаго состава; изъ нихъ умерло 8,54%, что касается смертности, то до 15 лѣтъ она=0, отъ 15 до 25=11,11%, отъ 30 до 50—25%, слѣдовательно наименьшая смертность между 1—15 годами. Въ частности полныя резекціи дали 11,76%, а частичныя 6,55% смертности.

У *Billroth'а* изъ 6 случаевъ резекціи выздоровѣло 5, умеръ 1, (16,67%) (у Lossena). Др. *Деревянко* приводитъ слѣд. позднѣйшія цифры Billrotha (l. c. стр. 14), лѣчено:

	Всего.	Выздоров.	Не выздоров.	Умерло.	Въ томъ числѣ отъ туберкулеза.
Консервативно .	56	16	17	23	22
Резецировано . .	6	2	2	2	2

Lossen собралъ слѣдующія свѣдѣнія о 103 случаяхъ костоѣды голенно-стопнаго состава, съ цѣлью выясненія частоты смерти отъ чахотки.

	Всего случаевъ.		Умерло отъ чахотки.	%
Ампутаціи. . .	58		13 =	22,43
Резекціи . . .	8	(изъ нихъ впосл. ампут. 3).	2 =	25,0
Выжидател. лѣч.	39		12 =	30,77

Относительно годности состава послѣ резекціи, онъ же даетъ слѣд. цифры.

	Послѣ частичной.	Полной рез.	Всего.	%
Годный.	44	27	71	81,61
Неимѣющій никакой цѣны .	2	14	16	18,39
Итого . . .	46	41	87	100,0

Albrecht (l. с. стр. 139) лѣчилъ 29 случаевъ заболѣванія голено-стопнаго состава; изъ нихъ умерло 14. Изъ 16, консервативно лѣченныхъ случаевъ, умерло 11, изъ 13 резецированныхъ 3-ое. Изъ своихъ цыфръ онъ дѣлаетъ выводъ, что это заболѣваніе является однимъ изъ самыхъ тяжелыхъ и угрожающихъ, не только функціи конечности, но и самой жизни больнаго; $^4/_5$ всѣхъ случаевъ протекаютъ съ нагноеніемъ, изъ всѣхъ этихъ случаевъ лишь одинъ излѣченъ резекціей, всѣ остальные или были ампутированы или умерли. Выше мы видѣли, что наши данныя представляютъ значительно лучшіе результаты.

Изъ 16 консервативно лѣченныхъ Albrecht'а, выздоровѣло лишь 5, преимущественно съ анкилозами, остальные 11 умерли отъ прямыхъ, или косвенныхъ послѣдствій болѣзни.

Слѣдовательно изъ 29 больныхъ, 14 (т. е. почти половина) умерла и лишь 6 выздоровѣли, сохранивъ стопу. Средняя продол-

жительность до поступленія въ больницу, для неоперированныхъ случаевъ составляла 10 мѣсяцевъ, для резецированныхъ 12. Средняя продолжительность болѣзни, въ случаяхъ со смертельнымъ исходомъ была 2 года, отсюда видно, что процессъ протекаетъ здѣсь такъ скоро, какъ ни въ одномъ составѣ. Всѣ вышеприведенныя данныя приводятъ Albrecht'а къ тому, чтобы отдать предпочтеніе радикальному лѣченію ампутаціей при этихъ страданіяхъ. Исключеніемъ являются лишь рѣдкіе случаи, въ дѣтскомъ возрастѣ, безъ продолжительнаго нагноенія, гдѣ резекція дѣйствительно можетъ удалить все пораженное.

Caumont (l. c. стр. 230) лѣчилъ консервативно 13 случаевъ, изъ нихъ 9 тяжелыхъ. Въ 4 случаяхъ пришлось прибѣгнуть къ ампутаціи. Результаты: изъ 9 тяжелыхъ случаевъ выздоровѣло 4 (послѣ ампутаціи), умерло 2, невылѣчено 3; 4-же легкихъ случая окончились выздоровленіемъ. Резецировано 7 случаевъ, свищи были въ 6 изъ нихъ. Выздоровѣло 5, умерло 2, (піэмія и менингитъ).

Въ заключеніе авторъ говоритъ, что сопоставляя паралельные случаи нельзя констатировать большей разницы между исходами резецированныхъ и нерезецированныхъ.

D-r Bartha резецировалъ въ 7 случаяхъ стопу. Выздоровѣло 5 (послѣ ампутаціи 4), не выздоровѣлъ 1, умеръ 1.

Hueter (l. c. стр. 330) рекомендуетъ при лѣченіи—теплыя ванны, повязки, карболовыя впрыскиванія. Разрѣзъ же и дренажъ должны быть, говоритъ онъ, положительно отвергнуты, какъ и въ колѣнномъ составѣ, потому что извѣстно изъ опыта, что ими нельзя достигнуть излѣченія. Разъ началось нагноеніе въ составѣ, выступаетъ на очередь резекція. Въ виду же сравнительной безопасности и благопріятныхъ функціональныхъ результатовъ резекціи, я дѣлаю иногда еще шагъ впередъ и резецирую даже тамъ, гдѣ нѣтъ нагноенія и слѣдовательно жизни не угрожаетъ опасность. Это именно при очень медленно протекающихъ грануляціонныхъ синовитахъ, съ сильными болями, дѣлающими ходьбу невозможной, когда консервативное лѣченіе остается безъ успѣха. Ранняя резекція у молодыхъ людей допускаетъ хорошее предсказаніе относительно жизни и резекціи состава.

König (l. c. стр. 806) говоритъ слѣд.: «у дѣтей мы въ особенности, далеко заходимъ съ консервативнымъ лѣченіемъ и рѣ-

шаемся на болѣе энергичный образъ дѣйствія, только послѣ долгихъ, тщетныхъ попытокъ, или при весьма злокачественныхъ формахъ болѣзни. Преобладающее большинство случаевъ рано даетъ вскрытіе гноя въ различныхъ мѣстахъ, осложнясь нѣсколькими, или многими фистулами и добрая половина этихъ заболѣваній не излѣчивается безъ оперативнаго вмѣшательства. Ампутація показуется при самыхъ злокачественныхъ, распространенныхъ и осложенныхъ формахъ, преимущественно когда существуетъ осложеніе тяжелыми пораженіями другихъ органовъ. У взрослыхъ вообще, ампутація больной стопы представляетъ бо́льшее обезпеченіе для жизни оперированнаго, чѣмъ резекція. Возвращаясь къ нашимъ результатамъ, мы видимъ тоже, что оперативное лѣченіе дало значительно большій %, почти вдвое, благопріятныхъ случаевъ (83,3%), чѣмъ консервативное (41,6%). Это явленіе не можетъ обусловливаться вліяніемъ возраста больныхъ такъ какъ дѣтей (до 17 лѣтняго возраста) здѣсь совсѣмъ не было. Поэтому мы должны здѣсь придти къ выводу, что при страданіяхъ стопы, оперативное лѣченіе дѣйствительно представляетъ значительныя преимущества передъ консервативнымъ. Но здѣсь, резекціи даютъ результаты довольно посредственные, гораздо худшіе, чѣмъ ампутаціи. Да оно и вполнѣ понятно, если припомнить значительное число костей и сообщающихся составовъ, то здѣсь какъ и на ручной кисти, существуютъ самыя благопріятныя условія для продолжительнаго теченія болѣзни и рецидивовъ. Не остается безъ сомнѣнія безъ вліянія на неблагопріятный ходъ процесса замедленное кровообращеніе въ нижнихъ конечностяхъ и частота травматическихъ поврежденій.

XIV. Множественныя пораженія.

Наблюдалось всего 13 случаевъ. (Мужчинъ 9, женщинъ 5), изъ нихъ 12 дѣтей (до 16 л. возраста). Болѣзнь захватывала слѣд. части скелета. 1. Позвоночникъ, spina ventosa, мыщелки бедра, локтя, плюсневыя кости и trochanter major (свищи). 2. Правый локтевой, оба лучезапястные, колѣнные и таранные составы (свищи). 3. Весьма интересный случай тѣмъ, что отъ отца перешелъ по наслѣдству сифилисъ, а отъ матери бугорчатка и при вскрытіи можно было наблюдать рядомъ теченіе обоихъ процессовъ—туберкулеза въ костяхъ, нижнихъ конечностей, локтѣ, легкихъ и плеврѣ и сифилиса—въ кожѣ, мозгу, печени, селезенкѣ и перикардіѣ. 4. Руки отъ локтя до паль-

цевъ и колѣна. 5. 8. Спондилитъ и тарситъ. 6. 7 Голенностопный, локтевой и лучезапястный составы. 9. Spina ventosa, колѣно, голенностопный составъ, закончившійся процессъ на грудной клѣткѣ и голеняхъ. 10. Бедренныя кости, локоть. 11. Колѣно и голенностопный составъ. 12. Голенностопный составъ, голени и лобная кость. 13 (взрослый) лучезапястный сост. и голень.

Итакъ: всѣ больные (за исключеніемъ послѣдняго) дѣти. У всѣхъ отмѣчена въ анамнезѣ золотуха или происхожденіе изъ чахоточной семьи, такъ, что всѣ эти случаи являются несомнѣнными формами наслѣдственнаго туберкулеза. Какъ видно изъ исторій болѣзней, въ большей части случаевъ, толчкомъ къ развитію туберкулезныхъ пораженій служила какая нибудь инфекціонная болѣзнь, вслѣдъ за которой развивались или ожесточались затихшіе уже туберкулезные процессы. Понятно, что при такихъ условіяхъ трудно расчитывать на излѣченіе болѣзни мѣстными, resp. оперативными средствами и всѣ наши усилія должны быть направлены къ общему лѣченію, которое обыкновенно и даетъ лучшіе результаты. Къ сожалѣнію, при возвращеніи больнаго въ семью т. е. въ ту обстановку, при которой и развилось заболѣваніе, терапевтическій эффектъ, достигнутый въ больницѣ исчезаетъ и больной опять возвращается обратно въ больницу, но въ состояніи худшемъ, чѣмъ при первой выпискѣ. Вотъ, для такихъ то больныхъ и является не только желательнымъ, но крайне необходимымъ устройство лѣтнихъ лѣчебныхъ станцій на минеральныхъ водахъ и морскомъ берегу. (Старая Русса, Майнаки, побережье Балтійскаго моря и т. д.). Такія станціи значительно бы уменьшили контингентъ туберкулезныхъ больныхъ, наполняющихъ зимой наши хирургическія палаты. Опыты и достигнутые результаты, какъ нельзя болѣе убѣждаютъ насъ въ справедливости этого положенія (сравни стр. 114). Тѣмъ болѣе что, какъ мы это вездѣ видѣли, при благопріятныхъ условіяхъ, въ дѣтскомъ возрастѣ туберкулезъ обнаруживаетъ значительную наклонность къ самоисцѣленію.

Что же касается лѣченія въ нашихъ случаяхъ, то оно было преимущественно консервативнымъ, исключительно общее лѣченіе примѣнено было въ 2 случаяхъ, 1 безъ успѣха, 1 смерть (отъ истощенія). Компрессы и отвлекающія въ 2 случаяхъ, оба безъ улучшенія. Вскрытіе, выскабливаніе и дренажъ очаговъ и нарывовъ въ

3 случаяхъ, 1 улучшеніе, 2 безъ улучшенія, brisement forcé и выскабливаніе свищей въ 1 случаѣ—улучшеніе, трепанація костей и игнипунктура въ 4 случаяхъ, 2 улучшенія—въ 3-мъ мѣстное улучшеніе и затѣмъ смерть отъ существовавшей до поступленія больнаго болѣзни почекъ, въ 4-мъ потребовалась экзартикуляція и наконецъ 1 ампутація, исходы обѣихъ операцій были удовлетворительны.

И такъ всѣ наши терапевтическіе попытки при множественномъ туберкулезномъ пораженіи, какъ и слѣдовало ожидать привели къ неутѣшительнымъ результатомъ, что еще разъ подтверждаетъ необходимость въ такихъ случаяхъ продолжительнаго систематическаго общаго лѣченія.

Выводы изъ собраннаго матеріала.

Хорошо сознавая недостаточность нашихъ данныхъ, мы все таки постараемся сдѣлать нѣкоторые выводы и представить ихъ въ цифрахъ. Конечно, въ виду незначительнаго количества отдѣльныхъ группъ, цифры эти немогутъ претендовать на абсолютную вѣрность, но представляя выводы, изъ наличнаго числа случаевъ, смѣю надѣяться, что они все таки до извѣстной степени характеризуютъ полученные терапевтическіе результаты.

Всѣхъ больныхъ у насъ было 272, 182 мужчинъ и 90 женщинъ.

По отдѣльнымъ частямъ скелета заболѣванія распредѣляются слѣд. образомъ.

				мѣсто по частотѣ
А. туловище	43	случ.	15,7%	
I Позвоночикъ. . . .	34	—	12,5 —	4
II Грудная клѣтка . .	9	—	3,3 —	8
В. Верхняя конечн. . .	43	—	15,7 —	—
III Плечевой составъ . .	5	—	1,8 —	12
IV Плечевая к. . . .	4	—	1,4 —	13
V Локоть	22	—	8,0 —	5
VI Предплечье	1	—	0,3 —	14
VII Кисть	11	—	4,0 —	7
С. Нижняя конечность .	173	—	68,6 —	—
VIII Тазъ	8	—	2,9 —	9
IX Тазобедр. составъ . .	42	—	15,4 —	3
X Бедро	7	—	2,5 —	10

XI Голень	5	—	1,8 —	11
XII Колѣно	63	—	23,1 —	1
XIII Стопа	48	—	17,4 —	2
D. Множествен. . . .	13	—	4,7 —	6

По возрастамъ эти больные распредѣлялись слѣд. образомъ:

	Позвоночн.	Груд. клѣтка.	Плечо.	Плеч. кость.	Локоть.	Предплечье.	Кисть.	Тазъ.	Тазобедрен-ный составъ.	Бедро.	Колѣно.	Голень.	Стопа.	Множеств.	Итого.
Всего случаевъ . . .	34	9	5	4	22	1	11	8	42	7	63	5	48	13	272
Мужчинъ . .	21	6	2	4	14	1	7	5	27	5	46	3	32	9	182
Женщинъ .	13	3	3	—	8	—	4	3	15	2	17	2	16	4	90
Возрастъ:															
До 10 лѣтъ .	16	2	1	—	3	—	1	—	17	1	14	—	3	6	64
Отъ 11 до 20.	7	3	2	2	7	1	2	2	9	3	17	1	14	6	76
Отъ 21 до 30.	7	3	1	2	8	—	5	5	16	1	26	4	17	—	95
Отъ 31 до 40.	3	1	—	—	3	—	1	1	—	2	5	—	8	1	24
Отъ 41 до 50.	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	3	—	9
Отъ 51 до 60.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
Отъ 61 до 70.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2

Слѣдовательно, наибольшій контингентъ больныхъ доставилъ цвѣтущій возрастъ, отъ 21 до 30, затѣмъ второе, первое и четвертое десятилѣтія.

Обращаясь теперь къ результатамъ лѣченія, имѣемъ изъ общей суммы 272 больныхъ:

		%
излѣчено	105	34,9
улучшеніе	94	34,5
неизлѣчено	51	18,7
умерло	22	8,0
Итого: благопр. исход.	119	73,5
неблагопр. исх . . .	73	26,8

Слѣдовательно ³/₄ случаевъ окончились благопріятнымъ исходомъ (излѣченіе и улучшеніе) и ¹/₄ неблагоріятнымъ (неизлѣчено, умерло). Въ частности, относительно каждаго изъ методовъ въ отдѣльности, результаты эти яснѣе видны изъ таблицы

…вычислены къ суммѣ …хъ больныхъ съ дан- …ъ страданіемъ, пользо- …нныхъ даннымъ методомъ.		Позвоночн.	Грудная клѣтка.	Плечо.	Плечевая кость.	Локоть.	Предплечье.	Кисть.	Тазъ.	Тазо-бедренный составъ.	Бедро.	Колѣно.	Голень.	Стопа.	Множественный.	Итого.
A. Всего		34	7	4	4	15	1	8	8	35	7	53	5	24	11	21
Излѣчено	число	3	3	2	3	4	1	2	4	11	5	19	4	9	—	7
	%	8,8	42,8	50	75,0	26,6	100	25	50	31,4	71,4	35,8	80	37,5	—	3
Улучшеніе.	число	22	2	1	—	8	—	2	2	14	1	25	—	5	5	8
	%	63,2	28,5	25	—	53,3	—	25	25	40	14,3	46	—	20,8	46,1	40
Неизлѣчено	число	5	1	1	1	2	—	3	2	6	1	7	1	9	4	4
	%	14,7	14,2	25	25	13,3	—	37,5	25	17,1	14,3	13,2	20	37,5	38,4	20
Умерло.	число	4	1	—	—	1	—	1	—	4	—	2	—	1	2	1
	%	11,7	14,2	—	—	6,6	—	12,5	—	11,4	—	3,7	—	4	15,3	7
Итого. Благопріятный исходъ	число	25	5	3	3	12	1	4	6	25	6	44	4	14	5	15
	%	73,5	71,5	75	75	80	100	50	75	71,4	85,7	83,1	80	58,3	46,1	72
Итого. Неблагопріятный исходъ	число	9	2	1	1	3	—	4	2	10	1	9	1	10	6	6
	%	26,5	28,5	25	25	20	—	50	25	28,5	14,3	16,9	20	41,6	53,3	2
B. Всего	—	—	2	1	—	7	—	3	—	7	—	10	—	24	2	5
Излѣчено	число	—	2	1	—	6	—	2	—	4	—	4	—	16	1	3
	%	—	100	100	—	85,7	—	66,6	—	57	—	40	—	66,6	50	64
Улучшеніе.	число	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	16,6	—	11
Неизлѣчено	число	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	1	—	2	1	
	%	—	—	—	—	14,2	—	33,3	—	22,7	—	10	—	8,3	50	12
Умерло.	число	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	2	—	
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	16,3	—	30	—	8,3	—	11
Итого. Благопріятный исходъ	число	—	2	1	—	6	—	2	—	4	—	6	—	20	1	4
	%	—	100	100	—	85,7	—	66,6	—	57	—	60	—	83,3	50	75
Итого. Неблагопріятный исходъ	число	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	4	—	4	1	1
	%	—	—	—	—	14,2	—	33,3	—	43	—	40	—	16,6	50	2
…го	—	34	9	5	4	22	1	11	8	42	7	63	5	48	13	27
…ѣчено	число	3	5	3	3	10	1	4	4	15	5	23	4	25	—	10
	%	8,8	55,5	60	75	45,4	100	36	50	35,7	71,4	36,5	80	52	—	34
…чшеніе.	число	22	2	1	—	8	—	2	2	14	1	27	—	9	6	9
	%	63,2	22,2	20	—	36,3	—	18	25	33,3	14,3	42,8	—	18,7	46,1	34
…злѣчено	число	5	1	1	1	3	—	4	2	8	1	8	1	11	5	5
	%	14,7	11,1	20	25	13,6	—	36	25	19	14,3	12,6	20	22,9	38,4	18
Умерло.	число	4	1	—	—	1	—	1	—	5	—	5	—	3	2	2
	%	11,7	11,1	—	—	4,5	—	9	—	11,9	—	7,9	—	6,2	15,3	
…лагопріятный исходъ.	число	25	7	4	3	18	1	6	6	29	6	50	4	34	6	19
	%	73,5	77,8	80	75	81,8	100	54	75	69	85,7	79,3	80	70,8	46,1	73
…еблагопріят. исходъ.	число	9	2	1	1	4	—	5	2	13	1	13	1	14	7	7
	%	26,5	22,2	20	25	18,1	—	46	25	30,9	14,3	20,6	20	29,2	53,3	26
…относительно общей …ммы заболѣваній . .	(272)	12,5	3,3	1,8	1,4	8,0	0,3	4	2,9	15,4	2,5	23,1	1,8	17,4	4,7	100

Обозрѣвая эту таблицу мы видимъ, что страданія позвоночника, костей: плечевой и предплечья, таза, бедра, голени были пользованы исключительно консервативно. Всѣ же составы конечностей и кости ручной кисти и стопы и множественныя формы были пользованы какъ консервативно, такъ и оперативно.

Въ первой группѣ, пользованный исключительно консервативно случаевъ, терапія дала весьма удовлетворительные результаты, за исключеніемъ множественныхъ формъ, а именно:

	% благопріятн. исходовъ.	% неблагопріятн. исходовъ.
Позвоночникъ	73,5	26,5
Плечевая кость	75	25
Предплечье.	100	0
Тазъ	75	25
Бедро	85,7	14,3
Голень.	80	20

Результаты здѣсь весьма благопріятные, а слѣдовательно мы вполнѣ можемъ одобрить, примѣнявшееся консервативное лѣченіе и настаивать на примѣненіи его въ аналогичныхъ случаяхъ. Иначе дѣло стоитъ съ множественными пораженіями, которыя дали 46,6% благопріятныхъ и 53,3 неблагопріятныхъ исходовъ. Но о возможныхъ результатахъ при этихъ формахъ мы уже говорили при разборѣ терапіи множественныхъ пораженій (стр. 208).

Беря теперь вторую группу заболѣваній, лѣченныхъ по обоимъ методамъ будемъ имѣть слѣд.:

Исходъ лѣченія	Благопріятный		Неблагопріятный	
	Консервативн. %	Оперативн. %	Консервативн. %	Оперативн. %
Грудн. кл. .	71,5	100	28,5	
Плечо	75	100	25	
Локоть . . .	80	85,7	20	14,2
Кисть	50	66,6	50	33,3
Тазоб. сост.	71,4	57	28,5	43
Колѣно . . .	83,1	60	16,9	40
Стопа	58,3	83,3	41,6	16,6

Сравнивая эти выводы, мы видимъ, что при лѣченіи тазобедреннаго и колѣннаго составовъ—консервативное лѣченіе дало лучшіе результаты, чѣмъ оперативное, при лѣченіи же локтеваго сочлененія, кисти и въ особенности стопы, наоборотъ оперативное дало лучшіе исходы.

Выводы эти, какъ мы видѣли выше, согласуются вполнѣ и съ результатами другихъ авторовъ и потверждаютъ еще разъ, что при страданіяхъ тазобедреннаго и колѣннаго составовъ лучшіе результаты даетъ консервативное лѣченіе, на стопѣ же дѣло стоитъ наоборотъ.

На составахъ же верхней конечности, оперативное лѣченіе представляетъ преимущества, передъ консервативнымъ.

Такъ дѣло стоитъ, если брать валовой исходъ всѣхъ случаевъ. Но какъ извѣстно, въ дѣтскомъ возрастѣ туберкулезныя пораженія даютъ лучшіе исходы, чѣмъ у взрослыхъ и поэтому мы въ слѣд. таблицѣ разбили больныхъ на 2 группы, до 16 лѣтняго возраста (включительно) и отъ 17 лѣтняго и представили для обѣихъ группъ результаты отдѣльно.

			Позвоночникъ.		Грудь.		Плечевой составъ.		Плечевая кость.		Локоть.		Кости предплечья		Кисть.		Тазъ.		Тазобедренный составъ		Бедро.		Колѣно.		Голень.		Стопа.		Множественный.	
			Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.	Д.	В.
Консервативное.	Всего		19	15	2	5	1	3	1	3	4,	11	—	1	3	5	—	8	19	16	3	4	20	33	—	5	—	24	11	—
	Излѣчено	ч.	1	2	1	2	1	1	1	2	—	4	—	—	—	2	—	4	5	6	3	2	8	11	—	4	—	9	—	—
		%	5,2	13,3	50	40	100	33,3	100	66,6	—	33,3	—	—	—	40	—	50	26,3	37,5	100	50	40	33,3	—	80	—	37,5	—	—
	Улучшеніе . . .	ч.	14	8	1	1	—	1	—	—	3	5	—	1	1	1	—	2	10	4	—	1	9	16	—	—	—	5	5	—
		%	73,6	53,3	50	20	—	33,3	—	—	75	41,6	—	100	33,3	20	—	25	52,6	25	—	25	45	48,4	—	—	—	20,8	41,6	—
	Неизлѣчено . . .	ч.	4	1	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	1	2	—	2	3	3	—	1	3	4	—	1	—	9	5	—
		%	21	6,6	—	20	—	—	—	33,3	—	18,8	—	—	33,3	20	—	25	15,7	18,7	—	25	15	12,1	—	20	—	37,5	41,6	—
	Умерло	ч.	—	4	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	3	—	—	—	2	—	—	—	1	2	—
		%	—	26,6	—	20	—	—	—	—	25	—	—	—	33,3	—	—	—	5,2	18,7	—	—	—	6	—	—	—	4,1	16,5	—
	Благопр. исходъ .	ч.	15	10	2	3	1	2	1	2	3	9	—	1	1	3	—	6	15	10	3	3	17	27	—	4	—	14	5	—
		%	78,9	66,6	100	60	100	66,6	100	66,6	75	81,8	—	100	33,3	60	—	75	78,9	62,5	100	75	85	81,8	—	80	—	58,3	41,6	—
	Неблагопр. исходъ	ч.	4	5	—	2	—	1	—	1	1	2	—	—	2	2	—	2	4	6	—	1	3	6	—	1	—	10	7	—
		%	21	33,3	—	40	—	33,3	—	33,3	25	18,8	—	—	66,6	40	—	25	21	37,5	—	25	15	18,1	—	20	—	41,6	58,3	—
Оперативное.	Всего		—	—	1	1	1	—	—	—	2	5	—	—	—	3	—	—	6	1	—	—	4	6	—	—	7	17	1	1
	Излѣчено	ч.	—	—	1	1	—	—	—	—	1	5	—	—	—	2	—	—	3	1	—	—	2	2	—	—	6	10	1	—
		%	—	—	100	100	—	—	—	—	50	100	—	—	—	66,6	—	—	50	100	—	—	50	33,3	—	—	85,7	58,8	100	—
	Улучшеніе. . . .	ч.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	3	—	1
		%	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	16,6	—	—	14,2	17,6	—	100
	Неизлѣчено . . .	ч.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—
		%	—	—	—	—	—	—	—	—	50	—	—	—	—	33,3	—	—	33,3	—	—	—	25	—	—	—	—	11,7	—	—
	Умерло	ч.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—
		%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16,6	—	—	—	—	50	—	—	—	11,7	—	—
	Благопр. исходъ .	ч.	—	—	1	1	1	—	—	—	1	5	—	—	—	2	—	—	3	1	—	—	3	3	—	—	7	13	1	1
		%	—	—	100	100	100	—	—	—	100	100	—	—	—	66,6	—	—	50	100	—	—	75	50	—	—	100	96,4	100	100
	Неблагопр. исх. .	ч.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—	—	1	3	—	—	—	4	—	—
		%	—	—	—	—	—	—	—	—	50	—	—	—	—	33,3	—	—	50	—	—	—	25	50	—	—	—	23,5	—	—

Изъ таблицы этой мы видимъ, что при страданіяхъ позвоночника, грудной клѣтки, плечеваго состава, плечевой кости, тазобедреннаго и колѣннаго составовъ, исходъ у дѣтей былъ значительно лучше при консервативномъ лѣченіи, чѣмъ у взрослыхъ, при страданіяхъ же локтя и кисти наблюдалось обратное.

Случаевъ множественнаго заболѣванія мы не беремъ для сравненія.

При оперативномъ же лѣченіи локтя, тазобедреннаго состава результаты у взрослыхъ были лучше чѣмъ у дѣтей, при лѣченіи стопы почти одинаковые, а при лѣченіи колѣна у дѣтей хуже— чѣмъ у взрослыхъ.

Итакъ, общее впечатлѣніе изъ этой таблицы получается въ пользу консервативнаго лѣченія въ дѣтскомъ возрастѣ.

Слѣдя за больнымъ, до выписки изъ клиники, мы лишь по свѣдѣніямъ, отмѣченнымъ въ скорбномъ листкѣ, можемъ судить о состояніи и пригодности конечности въ моментъ выписки и ничего не знаемъ о дальнѣйшей судьбѣ ихъ, а равно о томъ, насколько хорошо функціонировали впослѣдствіи резецированные составы; поэтому относительно пригодности послѣднихъ, мы можемъ сослаться лишь на чужія, приведенныя нами, наблюденія (стр. 102).

Итакъ изъ всего изложеннаго, мы вправѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Въ дѣтскомъ возрастѣ, предпочтеніе должно быть отдано консервативному лѣченію, даже въ случаяхъ существованія нагноенія въ составѣ и разрушенія его. Лѣченіе это даетъ гораздо лучшіе результаты, какъ для жизни больнаго, такъ и для дальнѣйшей пригодности конечности.

2) Операціи у дѣтей показаны, лишь при значительномъ разрушеніи частей состава и существующемъ нагноеніи, но на нижней конечности и здѣсь должно отдать предпочтеніе консервативному методу, передъ оперативнымъ. При операціи, всѣ усилія должны быть направлены къ сохраненію эпифизарныхъ хрящей, дабы избѣжать послѣдующаго укороченія конечности.

3) У взрослыхъ, пока не появилось нагноеніе и явленія разрушенія состава, консервативное лѣченіе находитъ обширное примѣненіе и даетъ лучшіе результаты чѣмъ оперативное.

4) Послѣднее показано лишь при существованіи нагноенія и

разрушеніи составовъ, хотя и здѣсь могутъ встрѣтиться случаи, съ ограниченными гнѣздами, при которыхъ исцѣленіе можетъ быть достигнуто при помощи одпаго консервативнаго лѣченія.

5) Функціональные результаты резекціи у взрослыхъ, на верхнихъ конечностяхъ, лучше чѣмъ консервативнаго лѣченія, на нижнихъ же конечностяхъ наблюдается обратное явленіе.

Заканчивая нашу работу, мы выскажемъ желаніе, чтобы результаты современнаго, консервативнаго метода лѣченія костно-составной бугорчатки, возбудили въ товарищахъ нашихъ такой же интересъ, какой возбуждаютъ оперативные методы и чтобы результаты и исходы первыхъ, описывались бы также подробно и тщательно, какъ описывались и описываются результаты оперативнаго метода. Тогда лишь станетъ возможнымъ получить болѣе точные данныя для сравненія результатовъ и вѣрной оцѣнки этихъ методовъ, первую попытку которой и представляетъ настоящая работа, слабыя стороны которой, лучше чѣмъ кто либо, сознаетъ самъ авторъ.

IV. ТАБЛИЦЫ.

А. ТУЛОВИЩЕ.

I. Позвоночникъ.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени: боленъ	Сколько времени: въ клин.	Діагнозъ.	Бывшія и сопутствующ. болѣзни.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Иванъ Смирновъ. Сынъ крестьянина. К. Б. В.*)	2г.4 м.	10 м.	2 м.	Spondylitis lumb.	Rhachitis.	Питаніе удовлетворительное, искривленіе занимаетъ всю поясничную часть позвоночника, при разгибаніи уменьшается, при чемъ слышно хрустенія. Парезъ и начало атрофіи нижнихъ конечностей.	Вытяженіе на кровати Раухфуса	Значительное улучшеніе.
2. Ольга Борисова. К. Б. В.	2г.8 м.	2г.2 м.	66 д.	Spondylitis cervicalis.	Дизентерія и дифтеритъ зѣва.	Болѣзнь началась вслѣдъ за паденіемъ и ушибомъ, послѣ которыхъ ребенокъ сталъ избѣгать поворотовъ головою. Шейка кажется укороченной,—головка наклонена въ лѣвую сторону и больная поддерживаетъ ее обѣими руками, незначительный правосторонній сколіозъ шейной части, правая сторона шеи значительно инфильтрирована, M. Sternocleidomastdoideus. S. напряженъ. На задней стѣнкѣ глотки выстаетъ, покрытый инфильтратомъ позвонокъ. Движенія очень болѣзнены.	Вытяженіе на наклонной постелѣ.	Улучшеніе.
3. Аполинарія Контова, дочь солдата. К. Б. В. отецъ чахоточн.	3 л.	1 г.	3½ м.	Spondylitis caseosa.		Питаніе плохое. Искривленіе отъ 7—12 грудн хъ позвонковъ, дугообразное, безболѣзненное, при вытягиваніи выравнивается мало, парезъ нижнихъ конечностей. При выпискѣ кифозъ меньше, а парезъ почти исчезъ.	Наклонная плоскость съ вытяженіемъ.	Значительное улучшеніе.

*) Клиника Баронета Виллие.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Михаилъ Сѣдиковъ. Сынъ мѣщан. К. Б. В.	4 г.	1 г.	32 дня	Spondylitis kyphosis.	Otitis scrophulos.	Искривленіе распространяется на нижніе грудные и верхніе поясничные позвонки, съ вершиною на 7-мъ грудномъ. По сторонамъ позвоночника инфильтраты. Полъ года назадъ былъ лѣченъ непродолжительное время корсетомъ.	Вытяженіе.	Улучшеніе.
5. Алексѣй Долгополовъ. К. Б. В.	4 г.	1 г.	$6^1/_2$ м.	Spondylitis kyphosis dors.	Scrophulos. adenitis.	Тѣлосложеніе слабое, значительное истощеніе. Послѣ ушиба появилась боль въ спинкѣ и искривленіе отъ 11 грудн. до 2 поясничнаго позвонковъ. Въ обѣихъ f. iliacae по натечному абсцессу. Лихорадитъ по временамъ.	Вскрытіе нарывовъ, вытяженіе по Раухфусу соленыя ванны.	Улучшеніе.
6. Евгеній Вороновъ. Сынъ крестьян. К. Б. В.	5 л.	2 г.	2 м.	Kyphosis.	Дифтеритъ. Scrophulosis Верхуш. процессъ.	Начало болѣзни приписывается травмѣ. Натечный абсцессъ въ правомъ боку образовался около года назадъ. Искривленіе занимаетъ отъ 12 груд. до 2 поясничнаго позвонка, неболѣзненно. Въ правой подвздошной области натечный нарывъ, переходящій на передн. поверхность бедра. Послѣ вскрытія нарыва лихорадитъ. Обнаженія позвонковъ не найдено.	Вскрытіе натечнаго абсцесса.	Улучшеніе.
7. Прокофій Осокинъ, сынъ рядоваго, изъ золотушной семьи. К. Б. В.	5 л.	1 м.	134 д.	Spondylitis et absces. cong.		Въ области поясничныхъ позвонковъ разлитая опухоль, распространявшаяся вправо. Опухоль гладкая, равномѣрно эластическая, флуктуирующая. Въ пояс-	Вскрытіе натечныхъ абсцессовъ.	Безъ улучшенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						ничной части сколіозъ. На правой ягодичной области натечный абсцессъ. Функціи конечностей свободны. Такой же абсцессъ въ regio lumbalis d. Теченіе послѣ операціи лихорадочное.		
8. Александръ Карусе. К. Б. В.	5 л.	Около года.	$6^1/_2$ м.	Spondylitis kyphosis dorsalis	Scrophulosis et Rhachitis.	Питаніе и тѣлосложеніе умѣренны. Искривленіе позвоночника развивалось медленно. 6 мѣсяцевъ назадъ появились паретическія явленія въ ногахъ лѣчился морскими купаньями. Искривленіе угловое, неболѣзненное, отъ 1 до 4 позвонковъ. Парезъ ногъ. На тылѣ правой кисти и лѣвой щекѣ серпигинозныя язвы.	Вытяженіе по Фолькманну. Соленыя ванны.	Значительнос улучшеніе.
9. Анастасья Афанасьева. Дочь крестьян. К. Б. В.	5 л.	1 г.	3 м.	Kyphosis Spondylitis et ab. congest.		Уголъ искривленія острый, искривленіе простирается отъ 11 груднаго, до 2 поясничнаго позвонковъ, не выпрямляется, не болѣзненно. Въ fossa illaca sin. конгестивной абсцессъ, не переходящій на бедро Анальгезія и повышеніе рефлексовъ на нижнихъ конечностяхъ.	Фолькманновск. вытяженіе на ровной повер. Корсетъ.	Значительное улучшеніе.
10. Марія Липатова. Дочь крестьян. К. Б. В.	5 л.	7 м.	15 дн.	Spondilitis et kyphosis dors.	Albuminuria.	Подчелюстныя лимфатическія железы на правой сторонѣ, шейныя, подкрыльцовыя и паховыя немного увеличены. Позвоночникъ искривленъ отъ 5 груднаго до 1-го поясничною п. уголъ образуется дымъ, не болѣзненъ, движенія же болѣзненны.	Сейровскій корсетъ.	Облегченіе.
11. Надежда Степанова. Дочь офицера. К. Б. В.	5 л.	10 м.	$5^1/_2$ м.	Spondylitis dors.	Корь, уплотнѣніе легон. верх	Тѣлосложенія слабаго, питаніе плохое. Начало болѣзни связываютъ съ паденіемъ.	Вытяж. на кров. Раухфуса и фарадиз.	Безъ улучшенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						Сдѣланъ сейровскій корсетъ съ приспособленіемъ для вытяженія головы, но вскорѣ онъ былъ снятъ, лѣто провели въ Друскеникахъ, но состояніе ухудшилось. St. praes: При изслѣдованіи кифозъ въ грудной части позвоночника, парезъ нижнихъ конечностей. Нелихорадитъ.		
12. Наталія Поспѣлова. Дочь крестьянина. Изъ золот. семьи. К. Б. В.	6 л.	2 г.	2 м.	Spondylitis chr. dors.	Scrophulosis.	Ушибла спину доской, появилась боль и затрудненія при движеніи туловищемъ, а затѣмъ и искривленіе позвоночника и lordsis шейной части, ниже двуугловой горбъ, въ которой входятъ позвонки отъ 6 шейнаго до 6 грудного и опять компесаторный поясничный лордозъ. Ноги почти совсѣмъ парализованы. Неполный парезъ пузыря и recti. Выписана въ слѣд. состояніи. Парезъ ногъ прошелъ, прямая кишка и пузырь функціонируютъ нормально, общее состояніе вполнѣ удовлетворительно.	Вытяженіе на горизонт. плоскости и электризація.	Выздоровленіе.
13. Егоръ Лепантьевъ. Крестьян. К. Б. В.	$7^1/_2$ л.	$3^1/_2$ г.	80 д.	Kyphosis Spondylitis granulosa.	Scrophulosis. Adenitis.	Болѣзнь началась приступомъ рѣзкой боли и ослабленіемъ силы въ ногахъ, затѣмъ появилось искривленіе позвоночника и больной въ больницѣ былъ лѣченъ корсетомъ, въ теченіи 5 недѣль и получилъ облегченіе, въ теченіи 5 мѣсяцевъ, но затѣмъ послѣдовало значительное ухудшеніе въ состояніи конечностей и искривленіе позвоночника въ видѣ угла, вершина котораго соотвѣтствуетъ 5—7 груд-	Корсетъ фарадизація ногъ.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						нымъ позвонками. Сидитъ поддерживая туловише руками. Парезъ ногъ, genua recurvata, увеличеніе всѣхъ лимфатич. железъ.		
11. Анна Рябинина. Крестьянка. К. Б. В.	10 л.	3 г	41 д.	Spondylitis et caries sterni.	Scrophulosis.	Болѣзнь развилась послѣ паденія, 5 мѣсяцъ, послѣ этого образовался нарывъ, а затѣмъ изъ послѣдняго свищъ на грудинѣ и одновременно съ этимъ искривленіе позвоночника въ нижнихъ спинныхъ и верхнихъ поясничныхъ позвонкахъ, съ образованіемъ натечнаго абсцесса съ правой стороны позвоночника, который былъ высасываемъ, при чемъ констатировано обнаженіе кости. Абсцессъ на грудинѣ дренированъ. Затѣмъ $1^1/_2$ года носила корсетъ. Два мѣсяца назадъ появилось ухудшеніе и боли въ спинѣ.	Высасываніе нарыва. (2 года назадъ) и корсетъ ($1^1/_2$ года) Вскрытіе и дренированіе абсцесса груд.	Значительное улучшеніе.
15. Иванъ Андреевъ. Сынъ крестьян. изъ золот. семьи. К. Б. В.	10 л.	3 г.	$2^1/_2$ м.	Kyphosis spondylitis.	Scrophulosis(adenitis colli).	Искривленіе, кифотическое, отъ 5—8 грудн. позвонковъ, болѣзненность умѣрена. Явленія пареза ногъ.	Вытяжеженіе на наклонной плоскости съ противу вытяж.	Значительное улучшеніе.
16. Александръ Шефъ. Сынъ крестьянина, изъ чахоточн. семьи. К. Б. В.	10 л.	3 г.	48 д.	Spondylitis et abscess. retrotrochantericus sin.	Оплотнен. и пораженіе легочныхъ верхуш.	Горбъ началъ развиваться въ грудной части позвоночника лѣченъ, былъ корсетомъ, который постоянно носитъ. Послѣ паденія 4 м. назадъ бывшія раньше боли тазобедреннаго состава усилились. Горбъ начинается отъ 2 груднаго позвонка, угло-	Аспирація абсцессъ и вприск. іодоформ.	Безъ улучшенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						вой, больше всего выдается 3-й спинной позвонокъ, движенія болѣзненны. Въ нижне наружной части лѣвой ягодицы, натечный нарывъ, тазобедренный составъ не измѣненъ. Конечность укорочена на 0,5 cmt. вертелъ на Roser- Nelaton'овской линіи.		
17. Андрей Ефимовъ Крестьянинъ. К. Б. В.	11 л.	2 г.	20 д.	Kyphosis.	Rhachitis, anaemia et pneumonia catarralis.	Болѣзнь развилась вслѣдствіе паденія. Искривленіе простирается отъ 12 груднаго до 3-го поясничнаго позвонка, позвонки болѣзненны. Въ обѣихъ fosae ilicae инфильтратъ.	Корсетъ	Облегченіе.
18. Николай Анисимовъ Сынъ мѣщанина. К. Б. В.	12 л.	8 л.	12 д.	Kyphosis Spondylitis granulans. Abs. Congest.	Scrophulosis. Adenitis.	Искривленіе начинается отъ нижнихъ шейныхъ и оканчивается послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ. Верхнія точки дуги соотвѣт. 10—12 груднымъ позвонкамъ. Сколіозъ, выпуклостью влѣво, не рѣзко выраженъ. Въ правой паховой области свищъ, выдѣляющій серозно гнойную жидкость. Позвоночникъ болѣзненъ.	Сейровскій корсетъ.	Улучшеніе.
19. Анна Лепяненъ Крестьянка. К. Б. В.	13 л.	5 м.	6 м.	Spodilitis cervic (Kyphos)		Тѣлосложеніе и питаніе плохіе, сильная анемія, страданіе развилось вслѣдъ за травмой, черезъ мѣсяцъ послѣ которой появилась опухоль (абсцессъ) вскрывшаяся черезъ двѣ недѣли. Послѣ этого стала замѣчать опусканіе головы и парезъ рукъ. Сильнѣе всего выстаютъ 3—4 шейные позв. сильно болѣзненные	Вытяженіе на горизонт. плоскости Корсетъ. Расширеніе свища разрѣзъ.	Безъ перемѣны.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						при давленіи и окруженные инфильтратомъ, замѣтнымъ и со стороны глотки. Изъ свища на лѣвой стор. шеи, гной съ творожистыми хлопьями. Полное отсутствіе движеній въ шеѣ и рукахъ. Лихорадитъ.		
20. Марія Θедорова. Мѣщанка. К. Б. В.	17 л.	11 л.	6 м.	Spondylitis kyphosis.		Искривленіе началось послѣ паденія 4 мѣсяца пролежала больная на горизонтальной плоскости, безъ всякаго улучшенія и за это время еще развился парезъ ногъ, равно не помогли каутеризація и лѣченіе минер. водами. Электричество принесло ей облегченіе. Но 2 года назадъ ей стало хуже и она лѣчилась въ клин. Вилліе вытяженіемъ помощью Глиссоновскаго ошейника и игнипунктурой (3 сеанса по 10 уколовъ) корсетомъ, къ концу года настолько поправилась, что свободно ходила. Дома носила корсетъ и примѣняла вытяженіе ежедневно по 4 часа, но ей стало потомъ хуже. Кифозъ занимаетъ 2—5 грудные позвонки. Искривленіе стаціонарно и при вытяженіи не уменьшается. 2 компенсаторныхъ лордоза. Парезъ ногъ при выпискѣ совершенно прошелъ и больная ходитъ свободно.	Вытяженіе лежаніе на горизонтальной плоскости Игнипунктур.	Выздоровленіе.
21. Анна Добросердова Мѣщанка. Изъ золот. семьи. К. Б. В.	18 л.	9 л.	5½ м.	Spondylitis (Kyphosis) et abscessus congestivi.	Scrophulosis.	5 лѣтъ назадъ больная была лѣчена корсетомъ и внутренними средствами въ теченіе почти года, послѣ чего наступило значительное улучшеніе, такъ что могла исполнять обязанности горничной,	Двукратная аспирація натечныхъ абсцесовъ	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						но сгибаться не могла. Полъ года назадъ состояніе ухудшилось, появились сильныя боли и парезъ ногъ. Искривленіе отъ 11 груднаго до 1 поясничнаго, стоять на ногахъ не можетъ. Въ обѣихъ подвздошныхъ впадинахъ натечные нарывы, изъ которыхъ лѣвый выходитъ подъ пупартову связку.	и впрыскив. 5o/o эфирнаго раствора іодоформа Вытяженіе позвоночника корсетомъ и саннымъ аппарат. Фолькманна (на ноги).	
22. Александръ Хоттари Мѣщанинъ. Изъ золот. семьи. К. Б. В.	18 л.	6 л.	51 д.	Spondylitis.	Корь и Scarlat. Vitium organ. cordis. Rhachitis.	Искривленіе thoracis больной сталъ замѣчать 6 лѣтъ назадъ, въ тоже время былъ абсцессъ на верхней челюсти (вскрытъ и выскабленъ). Искривленіе усилилось и появились боли 3 года назадъ усилив. отъ работы. Лѣченъ былъ корсетомъ и вытяженіями—улучшеніе. Черезъ 2 года опять ухудшеніе. Кифозъ отъ 3—6 грудныхъ позвонковъ, реберный горбъ спереди слѣва 5—8 реберъ, сзади справа соотвѣтвенно же этому. При лежаніи незначит. выпрямленіе Въ f. iliaca. d.—инфильтратъ.	Вытяженіе Корсетъ	Улучшеніе.
23. Матвѣй Своровлевъ. К. Б. В.	20 л.	8 м.	36 л.	Spondylitis. Kyphosis	Vicium organ, cordis.	Тѣлосложеніе и питаніе плохіе. Кифозъ образуемый 4,5 поясничными и крестцомъ, на передней поверхности котораго инфильтратъ, флуктуирующій. При вскрытіи нарыва karies sacri, удалены секвестры и	Вскрытіе нарыва.	Смерть отъ рожи.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						казеозныя массы. Разрѣзъ кзади отъ rectum. Лихорадилъ, осложненіе рожей. При вскрытіи stenosis et insuf. v. biscupidalis. Гипертрофія и жировое перерожденіе печени и почекъ. Увеличеніе селезенки. Между 1 и 2 крестцовыми позвонками каріозное гнѣздо, отъ котораго идетъ натечный абсцессъ вверхъ и по m. psoas въ lacuna muscul. и внизъ до копчика; задній отдѣлъ крестца склерозированъ, въ переднемъ отдѣльные фокусы размягченія и секвестръ (между 2 и 3 позвонками) лежащій въ грануляціи полости.		
24. Михаилъ Заборацкій фельдшеръ. К. Б. В.	22 л.	9 м.	6 м.	Spondylitis cervic. tuberc.	Tuberculosis chron.	Тѣлосложенія и питанія умѣреннаго. Боли въ затылочной области появились внезапно. Движенія головы сильно затруднены, и болѣзненны, поддерживаетъ ее руками въ неподвижномъ положеніи. Болѣзнены отростки 5 и 6 шейныхъ позв. Во время пребыванія больнаго въ клиникѣ образовался натечн. абсцессъ, который и п вскрытъ сзади, послѣ чего глотаніе стало свободнѣе. За мѣсяцъ до смерти развились явленія паралича всѣхъ конечностей. При вскрытіи caries верхнихъ шейныхъ позпозвонковъ, особенно 1-го и 2-го, тѣла ихъ уничтожены и они сильно измѣнены и до 4-го пронизаны творожистыми массами. Процессъ перешелъ на основную кость, clisus, dura, отложенія творожистыхъ массъ глубоко проникаютъ въ pons varolii. Вокругъ нижнихъ шейныхъ позвонковъ	Вытяженіе. Вскрытіе натечн. нарывовъ.	Смерть отъ общаго туберкулеза.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						творожистыя массы, до apertura thoracis. Метастазы распростр. главнымъ образомъ на серозныя оболочки, pleura, pericardium. Стѣнки сердца проникнута нагнаивающимися творожистыми массами. Творожистые узлы въ печени, почкахъ, ретроперитонеальныхъ желѣзахъ и легочныхъ верхушкахъ (маленькіе).		
25. Павелъ Глазыринъ Мѣщанинъ. К. Б. В.	25 л.	8 м.	3 м.	Spondylitis (kyphosis) et Coxitis dextra.	Adenopatia et Ozena. Scrophulosis.	8 мѣсяцевъ назадъ появилась боль дрожаніе нижнихъ конечностей и невозможность стоять и ходить, а равно затрудненія при движеніи позвоночника ($1^1/_2$ мѣсяца) и нарывъ, вскрывшійся въ правой посяничной области. Кифотическое искривленіе отъ 11 груднаго до 2 поясничнаго позвонковъ. Въ правой поясничной области свищъ, ведетъ въ полость натечнаго абсцесса, въ глубинѣ которой позвонки, не обнаженные отъ мягкихъ частей Въ лѣвой поясничной области и правомъ вертелѣ рубцы отъ старыхъ нарывовъ. Вертелъ на 0,5 выше R. N. линіи. Движенія въ правомъ тазобедр. суставѣ ограничены. По словамъ больнаго былъ переломъ (?) праваго бедра, въ дѣтствѣ.	Дренированіе полости натечнаго абсцесса Вытяженіе на наклонной кровати.	Улучшеніе.
26. Александръ Баньковскій, Студ. унив. Изъ чахот. семьи К. Б. В.	25 л.	2 г.	2 м.	Spondylitis caseosa.	Ileotyphus, pleuritis dextr.	Страданіе началось болями въ позвоночникѣ. Существуютъ выступы отъ 6—10 грудныхъ позвонковъ и отъ 1—2 поясничныхъ. Выступы безболѣзненны, активныя движенія отсутствуютъ. Въ правой подвздошной впадинѣ натечный нарывъ. По вечерамъ лихорадитъ. Выписанъ съ незажившимими свищами.	Вскрытіе натечнаго абсцесса.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Леопольдъ Гульбе Студентъ. К. Б. В.	25 л.	3 г.	10 д.	Spondylitis et abscessus congest.	Recurrens, осложненый воспаленіемъ лѣваго легкаго 3 г. назадъ.	Болѣзнь развилась послѣ возвратнаго тифа, 4 мѣсяца назадъ ему аспирировано 2 натечныхъ абсцесса въ обѣихъ fossae iliacae. Искривленіе распространяется на 3—5 поясничные позвонки, неболѣзненно. Въ обѣихъ fossae iliacae по натечному нарыву, изъ которыхъ лѣвый доходитъ почти до пупка, а правый меньше.	Аспирація натечныхъ нарывовъ.	Облегченіе.
28. Мавріа Алесѣева Крестьянка. К. Б. В.	26 л.	3 г.	33 д.	Spondilitis vertb. lumb.	Catar. apic. pulm.	Питаніе плохое, анемична. Болѣзнь развилась очень медленно, затрудненіе движеній появились въ послѣдніе мѣсяцы. Боли при ощупываніи послѣдняго поясничнаго позвонка. Въ области правой полов. крестца натечный нарывъ. Не лихорадитъ.	Вытяженіе на наклонной кровати.	Значит. улучшеніе.
29. Матвѣй Варламовъ. К. П. Б. *)	27 л.	Пѣск. лѣтъ.	3½ м.	Spondylitis granulans.		Тѣлосложенія крѣпкаго, питаніе очень плохое, истощенъ. Явленія начались общимъ недомаганіемъ и болью въ ногахъ лежалъ въ терапевтич. отдѣленіи съ явленіями легочнаго катара, поноса, метеоризма и опуханія лѣвой ноги При поступл. въ хир отд. сильный тимпанитъ, въ лѣвой подвздошной области опухоль. Покровы живота и ноги отечны; сильныя боли въ правой ногѣ. Позвонки неболѣзненна, Кифоза нѣтъ. Сильно лихорадитъ. Въ лѣвой подвздошной области нарывъ содержалъ до 5 ф. ихорознаго гноя. При вскрытіи поражены XI, XII грудные и I поясничн. позвонки.	Вскрытіе натечн. абсцесса.	Умеръ отъ септицеміи.

*) Академическая Клиника Профессора Богдановскаго.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Матрена Феклистова. К. П. Б.	29 л.	7 м.	$1^1/_2$ м.	Spondylitis.	Ozoena. Rachitis.	Тѣлосложенія плохаго, малокровенъ, семь мѣсяцевъ назадъ замѣтилъ появленіе натечнаго абсцесса въ правой подвздошной впадинѣ и затрудненія въ движеніи правой ногой. Кифозъ въ нижней части спинныхъ позвонковъ, незначительная болѣзненность ихъ. Изъ натечн. абсцесса 400 к. ц. зловоннаго творожистаго гноя, нарывъ идетъ подъ пупартовой связкой въ полость таза Лихорадитъ.	Вскрытіе натечнаго нарыва дренажъ.	Значительное улучшеніе.
31. Оскаръ Печъ слесарь. Изъ чахоточной семьи. К. Б. В.	32 л.	2 г.	2 м-ца (и черезъ 6 мѣсяцевъ) 37 д.	Absc. frigd subingsinal. dex. caries vert. dors.	Tubercul pulmon и нарывъ въ мошенкѣ.	In trigano subinguinale dext. плоская припухлость, прох. надъ пупартов. связкой in fossa iliaca d., флуктуирующая. При вторичномъ поступленіи въ клинику подъ срединой пупартовой связки 2 фист. хода, ведущіе подъ связку, выдѣляющіе жидкій гной. Надъ ней, по напр. m. ileo psoatis колбасовидная опухоль, идущая къ позвоночнику, четкообразная, состоящая изъ увелич. лимфатическихъ желѣзъ. Константировано при этомъ прекращеніе процесса въ позвонкахъ и имѣются лишь слѣды абсцесса въ толщѣ фистулезныхъ каналовъ и туберкулезное пораженіе желѣзъ.	Аспирація и вприскив. іодоформа 3 раза. вприсков. Lugol'евскаго раствора въ фистул. ходы.	Прекращеніе каріознаго процесса въ позвонкахъ.
32. Карлъ Польманнъ иностранецъ. К. Б. В.	35 л.	3 г.	35 д.	Spondylitis cervicalis.		Болѣзнь началась лихорадочнымъ состояніемъ и явленіями пареза и атрофіи мышцъ правой руки: черезъ годъ такія же явленія въ лѣвой рукѣ и сгибателяхъ шеи, такъ что не можетъ продолжительное время удерживаться прямо; кифотиче-	Вытяженіе по Фолькману, фарадизація мышцъ.	Безъ улучшенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						ское искривленіе распространяется отъ 4 до 7 шейнаго позвонка. Въ правомъ скарповскомъ треугольникѣ небольшая припухлость и болѣзненность при давленіи. Атрофія мышцъ рѣзче на правой верхн. конечности.		
33. Пелагея Смирнова крестьянка. К. Б. В.	33 г.	8 л.	2 м.	Spondylitis.	Pneumonia chronic. Heamoptoë	Въ области 6,7 и 8 грудн. позвонковъ угловое кифотическое искривленіе не выпрямляющееся и неболѣзненное при давленіи. Легкій парезъ и гиперестезія нижнихъ конечностей. Въ области 2 поясн. позвонка свищевое отверстіе, въ глубинѣ котораго не прощупыв. обнаженной кости. Какъ на причину болѣзни, указываетъ на ушибъ позвоночника. 3 года назадъ была у ней какая то горячечная болѣзнь, послѣ которой образовались свищи.	Вытяженіе позвоночника по Фалькману съ противувытяжен. Сенровскій корсетъ.	Незначительное улучшеніе.
44. Евстафій Жуковъ крестьянинъ. К. Б. В.	41 г.	Около года.	$2^1/_2$ м.	Absces frig. region, iliacae.	Nephritis et Pneumonia chr.	Тѣлосложеніе крѣпкое, легкій отекъ лица, лѣвая нога согнута; въ подвздошной области натечный нарывъ, выходящій изъ подъ пупартовой связки. Жалуется на боли въ позвоночникѣ, крестцѣ и крестцово подвздошномъ сочлененіи. При вскрытіи гной съ творожистыми клочками. При вскрытіи Spondilitis III и IV поясничныхъ позвонковъ, съ натечными абсцесами въ обоихъ mm. psoas.	Вскрытіе гнойника.	Смерть отъ Брайтова болѣзни.

II. Грудная клѣтка.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени. боленъ	Сколько времени. въ клин.	Діагнозъ.	Бывш. и сопуств. болѣз.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Марія Колупаева. Изъ чахоточной семьи. К. Б. В.	9 л.	1 годъ	1 м.	Ostitis et perichondritis sterni scrophulosa	Scrophulosis. Корь ozoena.	Въ раннемъ дѣтствѣ были нарывы въ области обоихъ тазобедренныхъ суставовъ, и черезъ 3 года въ области грудины. Съ лѣвой стороны мечевиднаго отростка грануляціонный инфильтратъ съ 4 язвами, плотно сросшимися съ сосѣдними частями.	Общее лѣченіе и перевяз.	Значительное улучшеніе.
2. Иванъ Бѣлавинъ. Крестьян. К. Б. В.	15 л.	7 нед.	22 дня.	Osteomyellitis costorum caseosa		Болѣзнь началась съ того мѣста грудной клѣтки, которое больной при работѣ надавливалъ. Боль и затѣмъ опухоль, по вскрытіи которой жидкій съ творожистыми свертками гной, обнаженіе 2 и 3-го реберъ на боковой сторонѣ грудной клѣтки по правой мамиллярной линіи. Полость абсцесса выслана вялыми грануляціями.	Вскрытіе холоднаго абсцесса.	Выздоровленіе.
3. Сергѣй Сергѣевъ. Крестьян. К. Б. В.	19 л.	Около года.	$2^1/_2$ м.	Caries sterni.	Уплотнѣніе и катаръ легочн. верхушекъ.	На передней поверхности грудины, почти на всемъ протяженіи флуктуирующая опухоль, по краямъ которой прощупывается узурированный край грудины, опухоль сама вскрылась. Вытекла масса гноя и потомъ желтоватая тягучая слизь.	Общее лѣченіе и перевязка	Безъ улучшенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Иванъ Плотниковъ Студентъ Ак. Худ. К. Б. В.	24 л.	5 м.	1 м.	Caries Sterni et castar.	Pleuritis dextra 3 года назадъ.	Лимфатическія жел. въ правой подвздошной и паховыхъ областяхъ увеличены. Припухлость занимаетъ обѣ надъ и подключичныя области и оканчивается ниже праваго соскафистулезнымъ ходомъ на мѣстѣ 4 лѣв. ребернаго сочлененія, ведущимъ къ обнаженной грудинѣ и ребру. При операціи. Кости покрыты грануляціями. При первой перемѣнѣ повязки „на поверхности раны замѣчается большое количество маленькихъ крупинокъ желтоватаго цвѣта“.	Выскабливаніе острой ложечкой.	Улучшеніе.
5. Анна Клининова Мѣщанка. К. Б. Б.	24 л.	3 г.	18 д.	Caries sterni.	Scrophulosis.	Тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительны. Болѣзнь развивалась медленно, образовались нарывы, вскрытые 2 раза, послѣ чего остались свищи, въ глубинѣ которыхъ разрыхленная кость.	Выскабливаніе.	Выздоровленіе.
6. Андрей Колосовъ Художникъ. К. Б. В.	24 л.	$1^1/_2$ г.	$2^1/_2$ м.	Caries sterni.	Pneumonia chron. et Jschias.	Язва на границѣ средней и нижней трети грудины, въ глубинѣ ея обнаженная кость; выдѣленіе жидкаго, сывороточнаго гноя.	Двукратное выскабливаніе и секвестротомія.	Выздоровленіе.
7. Степанъ Жучковъ Крестьянинъ.	34 л.	6 м.	$2^1/_2$ м.	Caries sterni.	Pneumonia chronica et	6 Мѣсяцевъ назадъ въ области грудины явилось безболѣзненное возвышеніе которое затѣмъ вскрылось и выдѣлилась	Дренажъ и промывка свища.	Смерть отъ общаго ту-

1	2	3	4	5	6	7	8	9
					Laryngitis tuberculosa.	творожистая масса и небольшой секвестръ. Затѣмъ показался гной и нѣсколько мелкихъ секвестровъ. Въ легкихъ явленія туберкулеза съ развитіемъ кавернъ, въ мокротѣ коховскія палочки. На уровнѣ 2-го межреберія на sternum, язва, выстланная вялыми грануляціями, изъ которой вверхъ и вправо идетъ свищъ въ мизинецъ въ поперечникѣ. Manubrium отдѣлено отъ corpus sterni. Гной жидкій, колеблется въ свищѣ, соотвѣтственно дыхательнымъ экскурсіямъ. Все время сильно лихорадитъ. Альбуминурія. При вскрытіи: свищевое отверстіе проникаетъ въ грудную полость. Ограничивающая его кость изъѣдена. Соотвѣтственно свищу въ грудной кости находится полость, на стѣнкахъ которой узелки творожистаго характера. Въ легкихъ каверны и отдѣльные творожистые узелки. Туберкулезъ гортани, селезенка увеличена, въ пульпѣ сѣрые узелки, такіе же узелки и въ печени, почкахъ, pia mater и thalamus n. optici.		
8. Михаилъ Смирновъ. Сынъ солдата. К. Б. В.	$2^1/_2$ г.	2 г.	$2^1/_2$ м.	Caries costarum	Rhachitis, Scrophulosis.	На лѣвой аксилярной линіи 2 язвы 1-я на 6—7 ребр. 2-я 10—11 выстланныя грануляціями, въ глубинѣ ихъ обнаженная кость.	Resectio costarum. Заживленіе нагн.	Выздоровленіе.
9. Степанида Алексѣева. Крестьянка. К. Б. В.	17 л.	2 г.	12 д.	Absc. frigidus reg. pector. dext.		Боль явилась 2 года, а опухоль 3 мѣсяца назадъ. Послѣдняя расположена по аксиллярной линіи соотвѣтственно 7 и 8 ребрами, разлитая, безболѣзненная, флуктуирущая. Ребра утолщены, найдены (при операціи) узурированными и помѣщавшимися въ гнойной полости, выполненной грануляціями. Легкія здоровы.	Резекція реберъ выскабливаніе дренажъ.	Выздоровленіе.

III. Плечевой составъ.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени. болецъ	Сколько времени. въ клин.	Діагнозъ.	Бывш. и сопутств. болѣзни.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Константинъ Гавриловскій ученикъ. К. Б. В.	13 л.	Нѣск. мѣсяц.	3 м.	Periostitis brachii dex. chron.		На передней поверхности верхней $^1/_3$ плечевой к. свищевыя язвы, ведущія къ верху, къ составу, эпифизъ припухъ и болѣзненъ. Движенія въ плечевомъ суставѣ уничтожены. Изъ свищей выходили небольшіе секвестры, отдѣленіе гноя обильное.	Согрѣв. компр. повязка.	Выздоров.
2. Надежда Аполотова крестьянка. К. И. Б.	18 л.	Нѣск. лѣтъ.	$2^1/_2$	Artromeningitis humero-scapul. fungosa dext.		Конечность виситъ какъ плеть, активныя движенія до нѣкоторой степени возможны въ локтѣ. Область плечеваго сочлененія болѣзненна при давленіи и пассивныхъ движеніяхъ. Въ особенности болѣзненна плечевая головка, которая представляется припухшею, равно какъ и хирургическая шейка. Рзстояніе плечевой головки, отъ акроміона увеличено.	Смазыв. tra jodi Повязка фарадизація мышцъ	Улучшен.
3. Михаилъ Филоматовъ рядовой. К. И. Б.	21 г.	2 г.	$2^1/_2$	Artromeningitis art. humeri dextri.		Ограниченіе движенія въ правомъ плечевомъ составѣ, болѣзненность незначительна, припухлость. При ротаторныхъ движеніяхъ трескъ, болѣзнь имѣетъ хроническое теченіе. Опухоль состава.	Tra jodi согрѣв компр.	Выздоров.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Елена Стефа-новская дочь чиновника. К. П. В.	52 г.	1 г.	1 м.	Artro meningi-tis humero scapul dextra.		Въ нижне-задней части плечеваго сочлененія, у нижне-наружнаго края задней стѣнки axillae находится абсцессъ, дающій глубокую флуктуацію. Плечевое сочлененіе весьма болѣзненно при насильственныхъ движеніяхъ и ощупываніи, движется вмѣстѣ съ плечевымъ поясомъ. При вскрытіи въ полости абсцесса до 16 маленькихъ секвестровъ, больная лихорадитъ.	Вскрытіе нарывовъ дренажъ.	Безъ улучшен.
5. Николаевъ Георгій с. крестьян. К. П. Б.	1г.10м.	10 м.	2 м.	Artrop. gran. art. humeri sin.	Scrophulosis.	Тѣлосложеніе и питаніе плохія; нелихорадитъ. Страданіе развилось вслѣдъ за травмой, лѣчился отвлекающими и повязкой, безъ успѣха, затѣмъ вскрылся перрартик. абсцессъ. Область состава сильно опухла. Всѣ сосѣднія углубленія сглажены, костные выступы прощупываются съ трудомъ, опухоль спускается на верхнюю $^1/_3$ плеча, фиксированаго къ лопаткѣ.	Резекція плечев. головки и игнипункт.	Улучшен.

IV. Плечевая кость.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени. болен	Сколько времени. въ клин.	Діагнозъ.	Бывш. и сопутств. болѣз.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Константинъ Соколовъ Кадетъ. К. П. Б.	16 л.	$3^1/_2$	4 м.	Carie humeriet olecran. dextri.	Рожа.	Болѣзнь началась воспаленіемъ праваго локтеваго состава, поведшаго къ образованію анкилоза, на задней поверхности состава свищъ, выстланный фунгозными грануляціями, между которыми выдается каріозный кусокъ кости, соотвѣтствующій составному концу плечевой к. и не подвижный, каріозно пораж. olecranon. Въ клиникѣ перенесъ рожу, распространившуюся съ больнаго локтя на голову и туловище.	Повязка Секвестротомія.	Выздоров.
2. Константинъ Павловъ Мѣщанинъ. К. П. Б.	17 л.	4 м.	5 м.	Caries necrotica humeri d.		Послѣ ушиба появилась опухоль праваго локтя и у нар. мыщелка нарывъ, которой вскрывшись оставилъ фистулу и анкилозъ состава. Носилъ гипсовую и крахмальную съемно неподв. повязки. St. Praes: локоть анкилозированъ подъ прямымъ угломъ, припухшій, преимущественно epicondylus, гдѣ имѣется фистулезный ходъ, ведущій къ обнаженной кости, отдѣленіе гноя незначительно; отдѣленіе маленькихъ секвестровъ.	Съемно-неподв. повязка.	Безъ успѣха.
3. Алексѣй Аксеновъ Крестьянинъ. К. Б. В.	25 л.	14 м.	5 м.	Osteitis humer dextri.	Костный нар. прав. плеча и локтя.	Рубецъ на наружной поверхности праваго плеча въ верхней трети, въ немъ 3	Секвестротомія и удаленіе секвестр	Выздоров.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						свищевыхъ хода, въ глубинѣ ихъ обнаженная кость. Надъ condylus externus рубецъ въ которомъ тоже лежитъ свищевое отверстіе, ведущее къ обнаженной кости.		
4. Абрамъ Шеръ Еврей Изъ золотушной семьи. К. Б. В.	21 г.	6 дн.	18 дн.	Osteomyellitis brachii sin.	Scrophulosis.	На 16 году жизни страдалъ воспаленіемъ лѣваго плечеваго состава, резецированнаго больному въ кл. Вилліе. Резекціонная рана долго не заживала и образовались затеки, черезъ которые выдѣлялись секвестры. Затѣмъ послѣдовало заживленіе и черезъ 3 года опять образовался на мѣстѣ рубца нарывъ, изъ котораго вышли секвестры. Въ настоящее время при изслѣдованіи полости абсцеса, обнаженной кости не найдено, абсцессъ помѣщался на наружной поверхности верхней $^{1}/_{3}$ плеча. Теченіе безлихорадочное.	Резекція 5 лѣтъ назадъ. Выскабливаніе абсцесса.	Выздоров.

V. Локоть.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени. болен	Сколько времени. въ клин.	Діагнозъ.	Бывш. и сопуств. болѣз.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Василій Махортовъ с. солдата. Изъ золот. семьи. К. Б. В.	2 г.	4 м.	31 д.	Artro-phlog-gran. cubiti dextriet ostop. tibiae sin.	Наслѣд. золотуха (adenitis eczema).	Питаніе плохое, тѣлосложеніе же удовлетворительное. Страданіе нач. вслѣд. ушиба локтя, лѣчился $1^{1}/_{2}$ м-ца повязкой безъ успѣшно. Припухлость веретенообразной формы, всѣ возвышенія сглажены, составные концы костей утолщены и болѣзненны. Движенія ограничены, съ трескомъ. Верхній эпифизъ tibiae sin. утолщенъ и болѣзненъ.	Игнипунктур. cubiti. d. et ep. tibiae sin. Пассивная гимнастика.	Улучшеніе при выпискѣ черезъ 4 мѣс. ухудшен.
2. Василій Сапуловъ Мѣщанинъ К. П. Б.	13 л.	3 м.	20 дн.	Artro-meng. cubiti d. Ankylos.	Contusio cubiti.	Болѣзнь развилась вслѣдствіе ушиба локтя, который былъ лѣченъ покоемъ и повязками. Два мѣсяца спустя конечность распухла и образовался нарывъ на наружномъ мыщелкѣ плеча, который былъ вскрытъ, какъ и другой нарывъ, помѣщавшійся на 2 cmt. ниже. Въ настоящее время существуетъ анкилозъ подъ прямымъ угломъ. Пассивныя движенія сильно затруднены и болѣненны. Составные концы костей утолщены и болѣзненны, равно какъ и около суставныя ткани, за исключеніемъ кожи, изъ свищей выдѣл. гной.	Гипсовая повязка вскрытіе перартик. абсцессовъ. расширеніе отверстій, дренажъ.	Анкилозъ локтя значител. улучшен. мѣстнаго процесса.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Симонъ Коява Крестьянинъ. К. П. Б.	13 л.	1 г.	2 м.	Osteomyellitis cubiti sin.		Локоть согнутъ почти подъ прямымъ угломъ. Движенія возможны на 40° въ ту и другую сторону. Составные концы костей припухли и увеличены, мягкія части надъ ними отечны. Составъ при ощупываніи и движеніи болѣзненъ, окружность состава увеличена на 4 cmt.	Съемно неподвижная повязка и смазываніе tra jodi, ванны.	Значител. улучшен.
4. Сергѣй Дмитріевъ ученикъ ф-ой шк. К. П. Б.	15 л.	Нѣск. лѣтъ.	13 м.	Artromeningit. cubiti sin.	Srophulosis, caries costarum.	Больной истощенный, худосочный. Объемъ лѣваго локтеваго состава въ 3 раза больше праваго, ясная флуктуація. Составные концы костей болѣзненны. На правомъ боку 5 свищевыхъ ходовъ, выстланныхъ грануляціями и ведущими къ не обнаженнымъ ребрамъ, на уровнѣ поясничныхъ позвонковъ справа же, двѣ флуктирующія опухоли. Крыльцовыя железы сильно увеличены. Въ дальнѣйшемъ теченіи новые периартикулярные абсцессы, нагноеніе лимфатическихъ железъ. Поносъ, лихорадочное состояніе. При вскрытіи сильнѣйшая степень истощенія. Въ легочныхъ верхушкахъ небольшіе казеозные узелки. Значительное увеличеніе бронхіяльныхъ лимфатическихъ железъ. Печень увеличена, жирово перерождена, селезенка увеличена, рыхла.—Въ почкахъ острый паренхиматозный процессъ. Солитарныя железы кишекъ увеличены.	Вскрытіе нарывовъ Съемно неподвижная повязка. Вспрыск. 2°/₀ карбол. въ свищи.	Смерть отъ септицеміи.
5. Авдотья Сергѣева Крестьянка. К. П. Б.	17 л.	1 г.	85 дн.	Artroph. gran. cubiti sin.	Scrophulosis (adenitis)	Тѣлосложеніе хорошее, питаніе удовлетворительно. Болѣзнь развив. вслѣд.	Игнипунктура.	Выздоров.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						травмы. Были периартикулярные абсцессы. Составъ припухъ — инфильтратъ мягкихъ частей, утолщеніе и болѣзненность составныхъ концовъ. Движенія сильно ограничены, не лихорадитъ.		
6. Θоминъ Константинъ Гимназистъ. К. П. Б.	18 л.	8 м.	$2^1/_2$ м.	Artromeningt. fungosa cubiti sin.		Страданіе выразилось опухолью локтя и образованіемъ свищей, лѣчился все время повязками и отвлекающими, но безъуспѣшно. Общее состояніе нѣсколько подозрительно. Въ клиникѣ образованіе новыхъ перпартикулярныхъ абсцесовъ и появленіе аналогичнаго процесса на тылѣ стопы (отправленъ въ Ст. Руссу).	Крахм. повязка Tra jodi.	Ухудшен.
7. Федоръ Гавриловъ Крестьянинъ. К. П. Б.	18 л.	2 г.	6 м.	Artromeningitis cubiti dextri.		Около 2 лѣтъ существуетъ страданіе въ области праваго плеча, выразившееся сильнымъ нагноеніемъ. Въ настоящее время свищи въ области m. pector. maj. спереди плечеваго состава, а другой ниже прикрѣпленія m. deltoidei отдѣленіе гноя ничтожно. Движенія плеча вполнѣ свободны. Въ области праваго локтя разлитая припухлость, существующая около 3мѣсяц., движенія локтя сильно ограничены, въ глубинѣ свищей секвестры.	Съемно неподвижная повязка на локоть.	Излѣченіе процесса въ локтѣ.
8. Вѣра Карлова Крестьянка. К. П. В.	23 г.	7 л.	7	Artromeningitis fungosa osteopatica cubiti sin.		Кожа на составѣ нормальнаго цвѣта, подвижна. Подкожная клѣтчатка отечна Составные концы костей утолщены и	Съемно неподвижная повязка пассивн. [illegible]	Значител. улучшен.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						болѣзненны. Всѣ движенія ограничены и болѣзненны. Выписанъ съ подв. соста вомъ.		
9. Егоръ Васильевъ Крестьянинъ. К. П. Б.	27 л.	15 л.	25 дн.	Artromeningitis fungosa-cubiti dextri.		15 лѣтъ назадъ ушибъ праваго локтя, вслѣдъ за которымъ составъ роспухъ и сталъ болѣзненнымъ и развился анкилозъ состава, послѣ чего боль и опухоль исчезли Около 4—5 мѣсяцевъ до поступленія въ кл. опять появилась опухоль и болѣзненность состава и изъязвленіе кожи. Опухоль занимаетъ весь составъ и идетъ отъ средины плеча. Составные концы костей утолщены. Изъ свищей—незначительное количество гноя. Пассивныя движенія очень ограничены. При выпискѣ: опухоль значительно уменьшилась, активныя движенія возможны, хотя и ограничены, язвы почти зажили	Съемно неподвижная повязка.	Значител улучшен.
10. Александра Иванова. К. П. Б.	28 л.	Съ дѣтств.	2 м.	Artromeningitis cubiti dextri.		Послѣ какого то процесса бывшаго въ дѣтствѣ получилась ограниченная подвижность локтя, которая стала еще меньше вслѣдствіе бывшаго недавно воспаленія, локтовое сочлененіе припухло и болѣзненно при движеніи. Припухлость зависитъ не только отъ выпячиванія составной капсулы по бокамъ proc-anconei, но и отъ увеличенія составныхъ концовъ костей.	Смазыв. Tra jodi. Шина крахм. повязка.	Выздоров.
11. Анна Федосѣева Солдатка. К. П. Б.	28 л.		$3^1/_2$ м.	Artromengitis cubiti sin.		Область лѣваго локтя представляетъ отечную, веретенообразную припухлость	Крахмальная повязка.	Выздоров.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						распространяющуюся на средину плеча и предплечья. Пассивныя движенія ограничены и болѣзненны. Должна поддерживать больную руку здоровой.		
12. Иванъ Антоновъ Крестьянинъ. К. П. Б.	29 л.	Около года.	$2^1/_2$ м.	Artromening. fungosa cubiti sin.	Pneumonia chron.	Опухоль отъ средины плеча до средины предплечья, консистенція опухоли эластичная, мѣстами флуктрирующая, при ощупыв. Опухоль болѣзненная. Активныя движенія уничтожены, пассивныя весьма ограничены и болѣзненны. Лихорадитъ. Вскрыто наиболѣе флуктуирующее мѣсто, обильное отдѣленіе гноя.	Крохмальная повязка вскрытіе абсцесса.	Безъ улучшен.
13. Домна Яковлева Крестьянка. К. Б. В.	33 л.	7 м.	51 д.	Artroph cubiti dextri.	Osteopatia tuberc. manu sin (8 лѣтъ назадъ)	Тѣлосложеніе хорошее, питаніе посредственное; на 4-мъ пальцѣ лѣвой кисти недостаетъ 1, 2 фаланга и пястной кости и наход. рубцы. Страданіе развилось медленно, безъ травмы, лѣчилась съ успѣхомъ въ теченіи $1^1/_2$ мѣсяца повязкой. Локоть сильно припухъ, шарообразной формы, консистенція опухоли пастозная, согнутъ подъ тупымъ угломъ. Движенія крайне болѣзнены и ограничены. Составные концы припухли, болѣзненны. Послѣ прижиганія осложненіе рожей.	Прижиганіе въ видѣ полосъ и пассивныя движенія.	Улучшен.
14. Татьяна Соколова Мѣщанка. К. Б. В.	40 л.	13 л.	50 дн.	Artroph. granulans cubiti dextri		Тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительны. Страданіе развилось медленно было лѣчено (съ улучшеніемъ) гипсовой повязкой. Рука согнута подъ прямымъ уг-	Игнипунктура.	Значител. улучшен.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						ломъ, мускулатура атрофирована, сочлененіе припухше, сгибаніе и разгибаніе едва возможны. Нелихорадитъ.		
15. Федосья Ященко Мѣщанка. К. П. Б.	46 л.	$2^1/_2$ г.	28 дн.	Artrophlog. granulans cubiti dextri.		Область состава припухла, а кисть руки отечна. Пассивныя движенія затруднены. активныхъ нѣтъ. Припухлость вокругъ состава тѣстоватой консистенціи, зависитъ отъ инфильтраціи кожи и періартикулярной клѣтчатки. При движеніяхъ въ составѣ трескъ.	Шина смазыв. Tr. jodi бинтованіе.	Улучшен.
16. Михаилъ Коньковъ Сынъ портнаго. Изъ золот. семьи. К. Б. В.	5 л.	10 м.	10 дн.	Cariessicca coxae dext et granuloma cubiti Sin (recidiv post resectionem).	Ileotyphus.	10 мѣсяцевъ назадъ упалъ, послѣ чего появилась боль, опухоль и невозможность движенія въ лѣвомъ локтѣ и боли въ правомъ колѣнѣ. Черезъ мѣсяцъ лѣченія солеными ваннами резецированъ лѣвый локоть. Рана и теперь не зажила. Составъ вертенообразно припухъ, отъ средины плеча, досредины предплечья, на задней сторонѣ въ гранулирующей поверхности свищевой ходъ, ведущій къ обнаженнымъ костямъ. Концы резецированныхъ костей утолщены, промежутокъ между ними выполненъ грануляц. массами. Конечность виситъ. Активныхъ движеній предплечья, кисти и пальцевъ нѣтъ; концы костей обнажены, рыхлые, крохкіе легко уступаютъ давленію зонда. Область праваго вертела бедра припухла, вертелъ утолщенъ въ $1^1/_2$ раза, болѣзненъ. При ротаціи легкій, сухой трескъ	Resectio cubiti 5 м. назадъ. безъ лѣченія (родители на операцію не согласились).	Безъ улучшен.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						въ тазобедренномъ составѣ. Въ правой ягодичной области глубокая флуктуація, Движенія ограничены и болѣзненны больной лихорадитъ.		
17. Аронъ Мщипалеръ Еврей К. Б. В.	4 м.	4 м.	55 дн.	Artrophlog. cubiti caseosa.	Caries cubiti sin.	Опухоль состава началась безъ травмы. Опухоль отъ средины плеча, до средины предплечья, свищи. При резекціи составъ выполненъ грануляціями. Въ костно мозговомъ каналѣ humeri грануляціонныя массы и гной. Выписанъ съ вполнѣ годнымъ суставомъ.	Резекція по Лангенбеку. Дренажъ.	Выздоров.
18. Наталія Брызгалова Изъ золот. семьи.	17 л.	3 г.	4 м.	Ankylos. cubiti sin.	Scrophulosis. Genua-vara.	Около 3 лѣтъ въ области наружнаго мыщелка лѣваго локтя развился абсцессъ, вскрытый въ больницѣ и дренированный. Свищъ зажилъ всего за 2 мѣсяца до поступленія въ клинику. Локоть неподвиженъ и согнутъ на 120°. Составные концы костей утолщены. Надъ condylus ext, internus humeri и въ f. pulchritudinis спаянные съ костью рубцы. При операціи оказалось, что кости спаяны между собою. Выписанъ съ вполнѣ годнымъ составомъ, поднимаетъ 5 kilo.	Теплыя 28° ванны для руки. Резекція по Ollier. Пассивныя движенія массажъ электричество.	Выздоров.
19. Андрей Поворинскій Студентъ С.-П. ун. К. П. Б.	24 г.	5 л.		Artromenigitis fungosa cubiti dextri.		Фунгозное страданіе лѣваго локтя существ. 5 лѣтъ. Составъ сильно измѣненъ и припухъ. Подвижность крайне незначительна. Составные концы костей разрушены, subluxatio къ задп, 3 свища. Все время лѣчился консервативно. Послѣ операціи лихорадилъ.	Amputatio въ средней трети плеча.	Выздоров.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Иванъ Лебедевъ Крестьян. К. Б. В.	26 л.	9 м.	5 м.	Artrophlog. cubiti d.		Страданіе началось въ видѣ подъострого процесса, въ теченіи 5 мѣсяцевъ. Затѣмъ вскрылся гнойникъ кзади отъ состава и развился анкилозъ послѣдняго. Область состава равномѣрно припухла. 3 свища; сгибаніе и разгибаніе очень ограничены, боковыя движенія слишкомъ свободны и обширны. Тѣлосложенія хорошаго. При изслѣдованіи резецированаго состава онъ выполненъ гранул. массами. Хрящи почти сов. разрушены послѣ операціонное теченіе безлихорадочное.	Резекція по Ланrенбеку. Пассивныя движенія фарадизація.	Выздоров.
21. Иванъ Сергѣевъ Крестьянинъ. К. Б. В.	27 л.	7 дн.	5 м.	Artrophlogosis cubiti dextri.	Rheumatismus muscul. Золотуш. дискразія	Сочлененіе значительно припухло, у olecranon флуктуація, равно и у головки луча. Составные концы костей утолщены. Предплечіе и кисть отечны. Затѣмъ не смотря на форсированныя движенія въ теченіи болѣе чѣмъ 2½ мѣсяцевъ развился анкилозъ состава, попытка brisement forcé, тоже не дала результатовъ, почему сочлененіе резецировано. Послѣ операціи обильное нагноеніе.	Подвѣшиваніе. Прижиганіе вдоль состава и форсированныя движенія brisement forcé. Резекц. по Лангенбеку.	Выздоров.
22. Семенъ Даниловъ Крестьянинъ. Изъ золот. семьи. К. Б. В.	33 л.	3 г.	2 м.	Artrophlog. cubiti dextri	Scrophulosis.	Питаніе плохое, слабое; страданіе началось вслѣдствіе ушиба, лѣчился гипсовой повязкой (8 нед.) безъ улучшенія, развился анкилозъ выпрямленнаго локтя, съ образованіемъ околосоставныхъ нарывовъ. Локоть сильно припухшій, мыщелки припухли. Осложненіе послѣ операціи нарывами и рожей.	Гипс. повязка. Резекція по Лангенбеку.	Выздоров.

VI. Кости предплечія.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени.		Діагнозъ.	Бывшія и сопутствующ. болѣзни.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
		боленъ	въ клин.					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Андрей Михайловъ крестьнинъ. К. Б. В.	18 л.	$8^1/_2$ м.	23 дн.	Osteomyellitis ulnae d.	Scrophulosis.	Вслѣдъ за ушибомъ образовался нарывъ, (вскрытый въ больницѣ) гной зловонный лѣченіе продолжено и сдѣлана 2 раза (черезъ 5 мѣсяцевъ) секвестротомія. Свищи отъ ранъ не зажили, располагаясь. на локтовомъ краѣ, нижней $^1/_3$ предплечія. Послѣднее увеличено въ объемѣ, кожа и мягкія части инфильтрированы. Часть діафиза ulnae отсутствуетъ, такъ что нижній остатокъ кости движется свободно. На наружной сторонѣ предплечья флуктуація, по вскрытіи которой найдено обнаженіе кости.	Вскрытіе нарыва и секвстротомія 2 раза	Безъ улучшен.

VII. Кисть.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени: боленъ	Сколько времени: въ клин.	Діагнозъ.	Бывш. и сопутств. болѣзн.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Клюквинъ Николай Солдатскій сынъ. К. П. Б.	8 л.	2 г.	2 м.	Caries metatarsi II dextri.		На головкѣ 2-ой пястной кости припухлость, въ серединѣ которой свищевой ходъ, ведущій къ разрыхленной, изъѣденной, порозной кости такъ, что зондъ проходитъ по серединѣ ея. Отдѣленіе гноя не значительно. Не лихорадитъ.	Согрѣв. компр.	Безъ перемѣны.
2. Анастасья Моисеева Дочь ун.-оф. К. П. Б.	16 л.	1 г.	8½ м.	Artrophlog. manus sin.	Pneumonia (въ клиникѣ).	Общее состояніе удовлетворительно. Не лихорадитъ. Составы лѣвой кисти равномѣрно распухли, заходя выше концовъ костей предплечья, опухоль въ области radii выражена сильнѣе, здѣсь же существуетъ свищъ, выдѣл. немного гноя. Отечная припухлость распространяется на всю тыльную и ладонную поверхность кисти. Пассивныя движенія нѣсколько ограничены, болей нѣтъ. Въ клиникѣ образовался околосуставной абсцессъ, появились боли въ лучезапястномъ сочлененіи, гдѣ можно ощупывать треніе обнаженныхъ шероховатыхъ костей. Опухоль кисти не уменьшилась. Больной лихорадитъ. Ночные поты. Умеръ черезъ годъ.	Смерть tra jodi и съемно неподв. повязка.	Ухудшен.
3. Михаилъ Сергѣевъ крестьянинъ. К. П. Б.	16 л.	Нѣск. мѣсяц.	2½ м.	Necrosis os. metacarpi.		На тылѣ кисти въ области os metatarsi I, 4 свища, ведущіе къ обнаженной кости.	Ванны разрѣзъ повязка.	Незначит. улучшен.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						Вся кисть представляется припухшей. Движенія значительно ограничены. Подкрыльцовыя железы сильно припухли. Лучезапясный составъ роспухъ и сталъ сильно болѣть, больной лихорадитъ; потребовался разрѣзъ на тылѣ кисти, дошедшій до костей. Затѣмъ послѣдовало улучшеніе.		
4. Александръ Карльтенъ. Ремесленникъ К. Б. В.	23 г.	6 м.	12 дн.	Artrophlgosis granulos radiocarpalis d.		6 мѣсяцевъ назадъ появились боли и припуханіе состава. Предположенъ былъ вывихъ и примѣнено весьма энергическое вытяженіе: послѣ чего явленія ухудшились. Затѣмъ 2 мѣсяца назадъ воспалительное состояніе обострилось, захвативъ всю конечность до локтя и сопровождаясь образованіемъ гнойниковъ. Правое предплечіе атрофировано. Лучезапястное сочлененіе опухло. Контуры сглажены. Кисть нѣсколько согнута, активныя движенія ограничены инфильтратомъ въ фиброзныхъ тканяхъ, окружающихъ сочлененіе, утолщеніе эпифиза radii и болѣзненость его.	Игнипунктура.	Улучшен.
5. Иванъ Козликовъ. рядовой. К. П. Б.	27 л.	1 г.	7 м.	Artromenig. fungosa radiocarp. sin.		Область больнаго состава неравномѣрно опухла, опухоль съ тыла больше, идетъ до половины metacarpi; съ ладонной же стороны только въ области состава. Опухоль мягка, неподвижна и находится въ непосредственной связи съ тканями, окружающими составъ. Движенія ограничены.	Холодъ покой мушка крохмальная повязка.	Ухудшен. процесса.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Марфа Леонтьева. Крестьянка. К. П. Б.	30 л.	Болѣе года.	2 м.	Artromenig. manus dextrae.		Раньше неодократно страдала болями и воспаленіями составовъ руки. Въ наст. время всѣ составы правой кисти болѣзнены. Кисть припухла и движенія ея ограничены, лихорадитъ.	Смазыван. tra jodi. Неподв. повязка.	Выздоровленіе.
7. Алексѣй Ждановъ. Крестьян. Изъ чахоточной семьи.	42 г.	$1^1/_2$ г.	13 д.	Artrophlog. fungosa carporadialis sin.	Polyartritis man. sin.	$1^1/_2$ года назадъ появилось постепенное опуханіе всѣхъ пальцевъ лѣвой руки, распространившееся затѣмъ и на лучезапястный составъ, то усилившееся, то ослабѣвавшее. Область состава припухла, припухлость на тылѣ выражена сильнѣе и распр. до пальцевъ. При движеніи въ составѣ крепитація, на операцію не согласенъ.	Согрѣвающіе компресы.	Выписанъ безъ улучшенія.
8. Викентій Станковъ. Крестьян. К. П. Б.	23 л.	8 м.	20 д.	Caries necrotica ossium III. IV metacarpi dex⁺ri.	Ушибъ.	Послѣ ушиба правой кисти 8 мѣс. назадъ, на тылѣ ея стали появляться нарывы, которые были вскрываемы. При поступленіи: въ области III—V пястныхъ костей довольно плотная, разлитая припухлость и нѣсколько рубцовъ. На серединѣ IV фистулезный ходъ, въ глубинѣ котораго обнаженная кость. При операціи здѣсь обнаруженъ каріозный фокусъ, сообщающійся съ такимъ же фокусомъ въ эпифизѣ, оба выстланы фунгозными грануляціями, такой же фокусъ и въ срединѣ os. metacarp. III.	Necrotomia.	Выздоровленіе.
9. Магометъ Кадіевъ. Студентъ. К. П. Б.	26 л.	5 м.	42 д.	Ost'tis hallucis d xtri granulosa.		Articulatio metacarpo phalangea и передняя часть ossis metatarsi pollucis d.	Amputatio pollicis cum capitulo os. met. I.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						равномѣрно утолщено и покраснѣвше. Съ тыльной стороны, позади сочлененія фистулезный ходъ, въ глубинѣ котораго сухожиліе покрытое грануляціями, другой такой же ходъ между 1 и 2 пальцами гдѣ кость тоже не обнажена; при операціи os. metatarsi primi гранулезно перерождена, грануляціи прорастаютъ составъ.		
10. Екаверинъ Сиротинo Изъ золот. семьи. К. Б. В.	37 л.	10 м.	18 д.	Caries ossium carpi sin.		Заболѣваніе началось опуханіемъ лѣвой кисти, на тылѣ которой образовались, соотвѣтственно 4 и 5 пястнымъ костямъ, свищевые ходы, ведущіе къ обнаженнымъ костямъ. 5 мѣсяцевъ назадъ основаніе 5-ой пястной кости было выскоблено и рана призжена термокаутеромъ, послѣ чего рана заживала хорошо. Черезъ 20 дней послѣ операціи образовался нарывъ въ области 2-ой пястной кости, при вскрытіи котораго кость оказалась обнаженной и полость абсцесса заживаетъ хорошо. При поступленіи больной у ней на мѣстѣ перваго рубца (5 пяст. к.) развился инфильтратъ и свищевой ходъ къ 4 пястной кости.	Выскабливаніе и игнипунктур. 5-й пястной кости Резекція основаніи 3. 4 пястныхъ костей.	Заживленіе.
11. Ольга Федосѣева жена чиновника. К. П. Б.	44 г.	7 м.	5 м.	Ostitis fungosa carpi sin.		Лѣвая кисть равномѣрно опухла, со всѣхъ сторонъ, отечна и тѣстовата при ощупываніи. Кожа блѣдна, слабо подвижна. Фистулезные ходы соотвѣтственно основаніемъ II и V метакарпальныхъ костей и I фаланги, выполнены сѣроватыми	Выскабливаніе и удаленіе секвестровъ.	Прогрессированіе процесса.

1	2	3	3	5	6	7	8	9
						грануляціями и выдѣл. клочковатой гной. Движенія въ составѣ нѣтъ, въ пальцахъ ограниченныя. При послѣдующемъ теченіи образовался абсцессъ у основанія II метакарпальной к. Въ глубинѣ его обнаженныя кости. По вскрытіи констатировано пораженіе костей carpi и основаніе метакарпальныхъ. Затѣмъ еще нарывы въ области нижняго конца луча и на передней сторонѣ предплечья и тылѣ кисти.	Резекція всѣхъ костей carpi и основаній метакарпальныхъ костей.	

VIII. Тазовыя кости.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени.		Діагнозъ.	Бывш. и сопутств. болѣзни.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
		боленъ	въ клин.					
1. Сергѣй Разсказовъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	19 г.	1г.10м.	$4^1/_2$ м.	Caries oss. pelvis.	Coxitis.	Болѣзнь началась болями въ лѣвомъ колѣнномъ и тазобедренномъ суставахъ, причемъ первая прошла, вторая существуетъ. Черезъ 1 годъ появилась опухоль и нарывы на ягодицѣ, которая припухла, складка сглажена, снутри послѣдней свищъ, въ глубинѣ котораго шероховатая кость, на пространствѣ 1 дюйма. Въ области состава особенныхъ измѣненій не замѣтно; движенія ограничены. Конечность укорочена на 1,5 cmt. При операціи констатировано каріозное пораженіе сѣдалищнаго бугра, на его внутренне-передней поверхности.	Дренажъ Выскабливаніе каріознаго фокуса и извлеченіе секвестра отъ плоской кости	Выздоровленіе.
2. Бейля Быховская. Еврейка. К. П. Б.	20 л.	16 л.	3 м.	Caries os pelvis.	Scrophulosis.	Выше spina ilei anter-sup. dextra свищевое отверстіе, окруженное разрыхленными вялыми грануляціями, выдѣляющими жидкій, зловонный гной. На глубинѣ 2 cmt. обнаженная кость. Вся прочая безъимянная кость припухла. Питаніе и физическое развитіе плохія, регулы первый разъ явились въ клиникѣ. Не лихорадитъ.	Согрѣв. компресы Расширеніе свищей и впрыскиваніе въ нихъ sol. cal. chlor.	Безъ улучшенія.
3. Никодимъ Сенкевичъ. Студентъ.	21 г.	$1^1/_2$ г.	$2^1/_2$ м.	Caries ossis sacri et		На 13 году ударъ копытомъ въ область крестца. Затѣмъ появилась въ правой [illegible]	Выскабл. острой [illegible]	Выздоров.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						опухоль, которая увеличилась и затѣмъ вскрылась (въ кл. II. Богдановскаго) но не зажила, образовавъ фистулезный ходъ, черезъ который ощупывается обнаженная кость (fossa iliaca sin.) и изъ него же зондъ достигаетъ до середины крестца, гдѣ существуетъ другое фистулезное отверстіе. Гной жидкій клочковатый, въ дов. значит. количествѣ, t. нормальна. Констатировано каріозное гнѣздо въ обл. праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія съ пораженіемъ и art. coxae dextrae.		
4. Анна Григорьева Мѣщанка. К. Б. В.	22 м.	4 м:	14 д.	Artrophlog. art sacro-iliacae sin. gran.		Питаніе и общее состояніе здоровья удовлетворительны. Страданіе обнаружилось стрѣляющими болями по бедру и ягодицѣ. St. Praes. Прихрамываетъ при ходьбѣ, волоча лѣвую ногу. Лѣвая ягодица припухла умѣренно. Составъ свободенъ. При ощупываніи же л. крестцово-подвздошнаго сочлененія боль и припухлость. Не лихорадитъ.	Отвлекающія.	Выздоровленіе.
5. Надеждинскій. Студентъ университета. К. Б. Б.	32 л.	5 м.	26 д.	Artrophlogos granulusa synch. sacroiliacae sin.	Ileotyphus. Верхушечный процессъ.	Боли и чувствительность въ сочлененіи начались 5 мѣсяцевъ назадъ и затѣмъ перешли и въ лѣвый пахъ. Область крестцово подвздошнаго сочлененія слегка припухла и болѣзненна; равно какъ и лѣвый пахъ. Ни сидѣть, ни стоять прямо не можетъ, а упирается на правую сторону таза. Прихрамываетъ и лихорадитъ.	Игнипунктура.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Сергѣй Орловъ. Студентъ. К. Б. В.	25 л.	1 м.	7 д.	Artrophlog. artic. sacroiliacae d.	Tuberculosis pulmonum.	Правая ягодичная складка опущена. Правая крестцово подвздошная ямка сглажена. При ощупываніи и постукиваніи s. sacroiliaca d. болѣзненна. Движенія въ тазобедр. составѣ свободны.	Съемно неподв. повязки.	Улучшеніе.
7. Марія Андреева Мѣщанка. К. Б. В.	27 л.	5 л.	35 д.	Osteomyellitis cristae ossis innom.	Typhus exan. Paratyphlitis. Дифтеритъ.	Ушибъ кости 10 лѣтъ назадъ, послѣ котораго по временамъ боли. 5 лѣтъ назадъ появилась опухоль въ правой поясничной области, отъ которой въ теченіи $2^1/_2$ лѣтъ лѣчилась въ различныхъ больницахъ. Два года назадъ, по вскрыт. вытекло много гноя, раны зажили, черезъ 2 мѣс. вновь образовавшійся на томъ же мѣстѣ нарывъ, вскрытъ, что еще разъ повторилось черезъ 4 мѣс. и еще черезъ 6 мѣс. когда сдѣлано прижиганіе кости раскал. желѣзомъ. Послѣ каждой операціи свищъ быстро заживалъ, но затѣмъ опять открывался и однажды изъ него вышелъ секвестръ, послѣ чего произведено выскабливаніе и прижиганіе. Процессъ захватилъ гребень правой подвздошной кости и trochanter major той же стороны.	Вскрытіе нарыва 4 раза. Прижиганіе. Выскабливаніе и прижиганіе. Покойное положеніе, вытяженіе.	Безъ улучшенія.
8. Яковъ Алексѣевъ отставной рядовой. К. Б. В.	38 л.	1 м.	37 д.	Artrophlogosis granulosa synch. sacroiliacae dex.	Scrophulosis.	Боли въ ногахъ усиливающіяся при движеніи. Въ области больнаго сочлененія болѣзненность при давленіи сзади и при глубокомъ давленіи спереди. При ощупываніи черезъ брюшную стѣнку, соотвѣтственно области spinae ant. sup. d. прощупывается мягкая упругая опухоль, соотвѣтств. крестцово подвздошному сро-	Прижиганіе въ видѣ полосъ.	Улучшеніе. мѣстнаго процесса.

IX. Тазобедренный составъ.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени.		Діагнозъ.	Бывш. и сопутств. болѣз.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
		боленъ	въ клин.					
1. Никита Соколовъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	21 г.	$1^1/_2$ г.	13 д.	Coxitis dextra		Значительный поясничный лордозъ и сколіозъ выпуклостью вправо. Правая нога отведена и ротирована къ наружи, укорочена на 7 cmt. Активныя и пассивныя движенія въ тазобедренномъ составѣ отсутствуютъ; trochanter на 5 cmt. выше Розеръ-Нелятоновской линіи. Составъ нѣсколько болѣзненъ. На передней поверхности бедра, въ верхней $^1/_3$ существовалъ свищъ. Усилившіяся боли въ составѣ заставили искать медицинской помощи.	Вытяженіе съ противу вытяженіемъ.	Улучшеніе.
2. Ольга Покровская. Дочь священника. К. Б. В.	3 г.	2 г.	5 м.	Coxitis dextra		Нога повернута внутрь и приведена, свищевые ходы выстланные грануляціями на передней части подвздошной кости, на переднемъ концѣ ягодичной складки, на срединѣ послѣдней, кость въ глубинѣ не ощупывается. Отдѣленіе гноя незначительно. Область состава припухла, движенія ограничены и крайне болѣзнены. Конечность укорочена на 2 cmt. При выпискѣ изъ клиники свищи зажили, прибыль въ вѣсѣ 500 grm.	Согрѣв. компресы повязк.	Значительное улучшеніе.
3. Викторъ Федоровскій Сынъ крестьян. К. Б. В.	3 г. 2 м.	10 м.	$2^1/_2$ м.	Coxitis sin.		Болѣзнь началась послѣ паденія, былъ лѣченъ крахмальной повязкой. Лѣ-	Трефинація и игнипункт. trochan-	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						вая ягодичная ямка, сглажена, конечность согнута и приведена къ животу и ротирована, къ наружи, укорочена на 1 cmt. Trochanter maj. увеличенъ и помѣщается на 3 cmt. выше R. N. линіи, пассивныя движенія въ составѣ возможны, но очень болѣзненны. Внутр. органы и почки здоровы. При операціи и обнаженіи большаго вертела, бедренная кость оказалась легко рѣжущейся ножемъ и послѣднимъ удаленъ кусокъ хряща.	terls majoris, повязка и вытяжение	
4. Александръ Власовъ Сынъ унт. оф. К. Б. В.	3 г.	5 м.	3 м.	Coxitis granulans dextra	Rhachitis (genua vara).	Бедро приведено, повернуто внутрь и фиксировано къ тазу Trochanter maj. утолщенъ, нога укорочена на 1, 5 cmt. Послѣ операціи теченіе безлихорадочное.	Трефинація и игнипунктура trochant. maj; повязка и вытяженіе.	Выздоровленіе.
5. Сергѣй Гундриковъ. Сынъ крестьян. К. Б. В.	4 л.	9 м.	3 м.	Coxitis granul. dextra.	Scrophulosis.	Питаніе хорошее. Костная система развита правильно. Болѣзнь развилась вслѣдъ за паденіемъ, черезъ 3 недѣли послѣ котораго былъ лѣченъ вытяженіемъ и гипсовой повязкой, въ теченіе 4 м., послѣ чего наступило укороченіе конечности, которая въ настояще время укорочена на 2,5 cmt. фиксирована къ тазу, приведена и ротирована внутрь. Область состава и Trochant maj припухли, послѣдній на 2,5 cmt. выше R. N. линіи. При выпискѣ ходитъ съ туторомъ, укороченіе на 2 cmt.	trefinatio et ignipunctura trochant maj.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Екатерина Корельская д. крестьян. К. Б. В.	5 л.	2 г.	35 д.	Coxitis dextra.	Scrophulosis. Корь.	Блѣдна и худощава, питаніе плохое. Страданіе развилось медленно, усилилось послѣ кори, лѣчилась повязкой и вытяженіемъ—улучшеніе. Бедро согнуто и приведено кнутри. Большой вертѣлъ на 2,5 cmt. выше R. N. линіи, укороченіе ноги на 3 cmt. Движенія невозможны. Нелихорадитъ.	Brisement forcé, повязка.	Выздоровленіе.
7. Виталій Углаковъ дворянинъ. К. Б. В.	5 л.	1 г.	37 д.	Coxitis sin.	Scarlatina (1 годъ назадъ).	Нога фиксирована и согнута въ тазобедренномъ составѣ и отведена. Активныя движенія невозможны, изъ пассивныхъ ограниченная ротація. Trochanter maj вздутъ, лежитъ на R. N. линіи, minor болѣзненъ. Конечность укорочена на 1 cmt. Поясничный lordosis. При постукиваніи пятки, боль въ тазобедренномъ составѣ.	Гипсовая повязка.	Улучшеніе.
8. Петръ Козловъ Сынъ крестьян. К. Б. В.	6 л	1 г.	14 д.	Coxitis sin.	Корь.	Явленія боли и затрудненія въ движеніи развились черезъ 2 мѣсяца послѣ ушиба, развиваясь весьма постепенно. Былъ лѣченъ гипсовой повязкой въ теченіи 12 недѣль и вытяженіемъ. Конечность укорочена на 2,5 cmt. вертелъ на туже величину выше R. N. линіи, головка кзади отъ acetabulum Въ правой подвздошной впадинѣ инфильтратъ, питаніе весьма плохое.	Повязка вытяженіе.	Безъ улучшенія.
9. Татьяна Косарева дочь унтеръ-офицера К. Б. В.	8 л.	2 г.	6 м.	Coxit dextr.	Ушибъ сочлененія.	Нога укорочена на 1 cmt. лордозъ, тазъ повернутъ направо. Движенія въ тазобедрен. сочл. болѣзненны. Припухлость	Вытяженіе и ванны изъ морской соли.	Значительное улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						не рѣзкая, trocht. maj. сильно болѣзненъ и припухъ, границы его не ясны.		
10. Степанъ Селихановичъ Мѣщанинъ. Изъ золот. семьи. К. Б. В.	23 г	8 л.	37 д.	Luxatio iliaca dext.	Золотуха Верхушечный процессъ.	Отъ остраго воспаленія состава лѣчился годъ въ больницѣ, послѣ чего явленія стихли. Состояніе слѣд.: конечность укорочена на 3,5 cmt. вертелъ выше R. N. линіи, конечность фиксирована къ тазу; при движеніяхъ хрустъ въ области головки. Черезъ полъ года, возвратился опять въ томъ же состояніи.	Вытяжение 1 мѣсяцъ. Выпрямл. подъ хлор.	Безъ улучшенія.
11. Анисья Смирнова дочь крестьянина. К. Б. В.	9 л.	4 г.	$6^1/_2$ м.	Coxitis sinist.		Лѣвая конечность нѣсколько атрофирована. Ощупываніе тазобедрен. состава болѣзненно. Лѣвая нога укорочена на 2 cmt. Движенія въ суставѣ болѣзненны; Въ анамнезѣ паденіе и ушибъ. Выписана во 2-мъ періодѣ коксита.	Повязка и вытяженіе съ противувытяженіемъ.	Улучшеніе.
12. Ольга Васильева дочь ремесл. К. Б. В.	10 м.	6 л.	$1^1/_2$ м.	Coxitis dextra.	Scrophulos. Корь.	Тѣлосложенія и питанія умѣреннаго анемиченъ. Процессъ развился около 6 лѣтъ назадъ, былъ лѣченъ вытяженіемъ повязкой, ваннами, повелъ къ патологическому вывиху и укороченію на 5—6 cmt. и закончился. Больная ходила съ тейлоровск. аппаратомъ и при томъ на костыляхъ. Но послѣ кори появился рецидивъ образованіе нарывовъ въ обл. trochanteris и свищей, въ обл. trochanteris и мѣстѣ составной головки. Свищи сообщаются между собой и затѣмъ съ нарывомъ на задней поверхности крестца, выдѣляя дов.	Вытяженіе, раскрытіе и выскаб. свищей.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						значит. количество густаго гноя. Не лихорадитъ. При операціи костныхъ очаговъ не обнаружено.		
13. Надежда Алексѣева дочь крестьянина. К. Б. В.	10 л.	8 м.	27 д.	Coxitis sin.	Scrophulosis. (Ecz ma, adenitis).	Тѣлосложенія посредственнаго, питаніе плохое. Страданіе развилось вслѣдъ за травмой, медленно. Области состава и б. вертела припухли и болѣзненны при движеніи и давленіи. Движенія хотя болѣзненны, но сохранены.	Вытяженіе и повязка.	Выздоровленіе.
14. Ольга Шульцъ Мѣщанка. К. Б. В.	10 л.	2 г.	4½ м.	Coxitis dextra.		Въ анамнезѣ травма прихрамываніе и боли въ составѣ. Двамѣсяца назадъ появился въ верхней ⅓ бедра, натечный абсцессъ. Конечность укорочена на 2cmt. на столько же trochanter mj. выше R. N. линіи. Абсцессъ вскрытъ, затѣмъ разрѣзъ былъ 3 раза расширяемъ и сдѣланы контрапертуры для дренажей. Все время лихорадочное состояніе. При вскрытіи жировое перерожденіе сердца и почекъ, туберкулезъ (свѣжій) легочныхъ верхушекъ и бронхіяльныхъ железъ. Въ печени жировое перерожденіе и сѣрые бугорки; увеличеніе селезенки. Гиперплязія мезентеріяльныхъ и солитарныхъ кишечныхъ железъ. Въ v. cava inferior марантическій тромбъ, идущій въ обѣ v. iliacae, гдѣ онъ существовалъ около недѣли. Головка правой os femor in fossa iliaca, въ гнойной полости и каріозна, но не отдѣлена. Около f. obturatum гнойная	Вскрытіе абсцесовъ дренажъ. Вытяженіе.	Смерть отъ общей бугорчатки.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						полость, другая такая же in fossa iliaca interna въ толщинѣ m. ileo psoatis, не сообщающаяся съ брюшной полостью. Полость эта направляется въ малый тазъ къ for. obturatum, сообщаясь съ полостью около запирательной дыры, расположенной на бедрѣ; тазовыя кости около acetabulum, представляютъ каріозные дефекты, удерживаются между собою въ 2 мѣстахъ только надкостницею. Широко изъѣденное acetabulum сообщается отверстіемъ съ полостью абсцесса, наход. in. fossa iliaca. Os ilei, крестецъ и все бедро въ состояніи остеопороза.		
15. Александръ Артемьевъ Сынъ чиновника. К. Б. В.	11 л.	3 м.	2 м.	Coxitis sin.		Анемиченъ, питаніе плохое. Рѣзкая опухоль области состава, болѣзненность ея, и trochant. maj, верхушка котораго на 3 cmt. выше R. N. линіи. Въ клиникѣ постепенно подъ мускулами передней поверхности бедра развился холодный нарывъ который и вскрытъ, кости не обнажены. Не лихорадитъ.	Соленыя ванны вытяженіе вскрытіе натечнаго нарыва.	Значит. улучшеніе.
16. Ростилавъ Павловъ Дворянинъ. К. Б. В.	11 л.	4 г.	45 д.	Coxitis sin et luxatio pathol.	Корь 1 годъ назадъ.	4 года назадъ ушибъ составъ и черезъ 4 м-ца сталъ хромать. Два года назадъ лѣчилъ ее вытяженіемъ, съ успѣхомъ, но послѣ кори появились боли и затрудненія въ движеніи состава. Лѣвая ягодица больше правой, завертельная ямка сглажена. Лѣвая нога укорочена на 3 cmt., фиксирована къ тазу и приведена. При	Вытяженіе.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						наркозѣ пассивныя движенія свободны и безъ участія таза. Конечность ротируется внутрь очень значительно, безъ наркоза она крайне болѣзненна. Въ мѣстѣ вертельной ямки прощупывается бедренная головка.		
17. Михаилъ Селецкій Сынъ крестьян. К. Б. В.	13 л.	1 годъ и 10 м.	56 дн. и 23 д.	Coxitis dextra.	Scrophulosis.	Тѣлосложеніе и питаніе плохіе. Болѣзнь развилась медленно, патологическій вывихъ произошелъ годъ назадъ, до образованія свищей, вскрывшихся послѣ этого. Былъ лѣченъ постояннымъ вытяженіемъ, нога укорочена на 5 cmt. согнута въ колѣнѣ и приведена, фиксирована къ тазу. На переднее наружной поверхн. верхней $1/3$ бедра натечный нарывъ, при вскрытіи котораго оказалось, что acetabulum выполнено, головка же стоитъ на задне-верхнемъ краю его. При первой выпискѣ оставалось лишь 2 небольшихъ свища. По вовращеніи больн. эти свищи выполнены вялыми грануляціями и еще вскрылся 3-й свищъ въ паховой складкѣ.	Вытяженіе, вскрытіе ивыскабл. нарыва, впрыскив. въ свищи іодоформ. эмульс.	Значительное улучшеніе.
18. Гочалъ Тюнин крестьян. К. Б В.	14 л.	2 г.	2 м.	Coxitis sin.		Тѣлосложеніе и питаніе умѣренныя, лѣвая конечность согнута въ колѣнѣ и приведена. Область тазебедр. состава припухла и болѣзнена, движенія болѣзнены. Trochanter на 3, 5 cmt. кверху отъ R. N. линіи, умѣренно лихорадитъ. Нога укорочена на 4 cmt.	Вытяженіе. Горячіе компрес.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Борисъ Яновичъ Уч. рем. училища. Изъ чахот. семьи. К. Б. В.	15 л.	$3^1/_2$ м.	55 д.	Coxitis incipiens sin.	Золотуха коклюшъ. Корь.	Страданіе развилось исподволь, лѣчился ваннами и повязками въ больницѣ 3 недѣли, улучшеніе, черезъ мѣсяцъ ухудшеніе. Нога приведена, не укорочена, движенія болѣзнены. Въ reg. iliaca d. легкій инфильтратъ. Ягодич. складка нѣсколько сглажена. Питаніе удовлетворительное. Не лихорадитъ.	Повязка смазыв. іодомъ.	Улучшеніе.
20. Софія Никитенская дочь священника. К. Б. В.	16 л.	8 м.	5 м.	Coxitis fungosa dextra.		Конечность согнута, приведена къ животу и поворочена внутрь, активныя и пассивныя движенія затруднены, но подъ хлороф. возможны. Въ области состава и вертела, небольшое припуханіе, кожа неизмѣнена. 2 мѣсяца назадъ образовались и вскрылись околосуставные абсцессы. Опухоль области состава увеличилась и стопа повернулась кнаружи.	Гипсовая повязка мушка.	Безъ улучшенія.
21, Иванъ Барановъ Крестьянинъ Изъ чахоточной семьи. К. Б. В.	19 л.	6 м.	2 м.	Coxitis dextra.		Habitus pthysicus, плохое питаніе. Страданіе началось безъ всякой видимой причины, лѣчился отвлекающими, съ временнымъ улучшеніемъ. Нога укорочена на 2,5 cmt., trochanter на 2 cmt. выше R. N. линій, нога фиксирована къ тазу и движется вмѣстѣ съ нимъ. Правая ягодица увеличена и уплощена, ямка сглажена. При выпискѣ ходитъ съ костылемъ.	Трефинація и игнипунктура trochonteris maj. вытяженіе.	Выздоровленіе.
22. Павелъ Переведенцовъ. крестьянинъ. К. [illegible]	21 г.	Нѣск. лѣтъ.	3 м.	Coxitis dextra.	Pneumonia chron et neph[illegible]	Trochanter mj. лежитъ въ fos iliaca, нога укорчена на 6 cmt. Бедро фиксировано къ тазу и приведено. Въ области trochan-	Ванны перевязка.	Смерть отъ истощенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
					Amyloid heparis et lienis (?)	teris maj 2 свища, но обнаженія кости не прощупывается. Лѣчился все время выжидательно.		
23. Николай Осадній рядовой. К. П. Б.	22 г.	3 г.	8 м.	Coxitis dextra.	Tuberculos pulm.	Правый trochanter maj. значительно увеличенъ, вокругъ тазобедреннаго состава ткани склерозированы и замѣчается зыбленіе. Бедренныя железы увеличены и нагноены. Конечность не укорочена, движенія сохранены, но стоять больной не можетъ. На мѣстѣ припухлости железъ раньше неоднократно бывали вскрывавшіеся нарывы. Затѣмъ появился новый свищевой ходъ сзади trochant maj. При вскрытіи тазобедр. составъ не измѣненъ. Надкостница отъ troch. maj и верхней $^1/_3$ бедра легко отстаетъ. Кости эти ноздреваты и шероховаты и въ нихъ фокусы размягченія и разрыхленія кости. Въ легкихъ казеозные фокусы и хроническій туберкулезъ.	Крахмальная повязка.	Смерть отъ общей. бугорчатки.
24. Адамъ Шнейдеръ. рядовой К. П. Б.	22 г.	2 г.	4 г.	Periostitis femoris sin Coxitis.		Заболѣлъ вслѣдствіе ушиба. Въ области б. вертела болѣзненная припухлость, подлѣ которой находится 3 свища, выдѣляющихъ сукровичный гной. Зондъ направляется къ б. вертелу. При расширеніи свищей обнаруженъ caries femoris. Въ ягодицѣ образовались нѣсколько разъ затеки.	Согрѣвающіе компрессы расширеніе свищей. Дренажъ,	Ухудшеніе процесса.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Василій Смирновъ. Рядовой. К. И. Б.	23 л.	$1^1/_2$ г.	19 м.	Coxitis sinistra.		При поступленіи наблюдаются лишь функціональныя разстройства въ тазобедренномъ сочлененіи, анатомическихъ измѣненіи не замѣтно, движенія въ немъ нѣсколько ограничены и болѣзнены. Боли въ колѣнѣ при ходьбѣ. Во время пребыванія въ клиникѣ процессъ обострился, развилась опухоль въ области тазобедреннаго сочлененія, найдено укорченіе конечности (на 3 ст.) на счетъ выступанія бедренной головки къ верху. Сочлененіе и б. вертелъ окружены плотнымъ инфильтратомъ. Движенія болѣзненны и невозможны. При выпискѣ конечность согнута въ тазобедр. составѣ, при вытянутомъ положеніи кажется укороченной, но trochanter maj. на своемъ мѣстѣ. Движенія совершаются съ тазомъ, сгибаніе въ колѣнѣ ограничено.	Смаз. Trajodi Съемно неподвижная повязка, мушка.	Процессъ закончился.
26. Марія Куперъ. Мѣщанка. К. П. Б.	23 л.	2 г.	28 дн.	Coxitis sin.		Общее состояніе вполнѣ удовлетворительно; страданіе развившееся вслѣд. за травмой носило вначалѣ подъострый характеръ послѣ морскихъ купаній улучшеніе. Зимой ухудшеніе. Лѣчилась $5^1/_2$ м-цевъ повязкой и вытяженіемъ; конечность нѣсколько атрофирована, согнута, отведена и поворочена къ наружи, укорочена на 1,5 cmt. trochanter выше R. N. линіи, увеличенъ и болѣзненъ. Ягодица и верхняя $^1/_3$ бедра припухли. Нелихорадитъ.	Трефан. и игнипунктура tradh maj.	Выписано. на пути къ выздоровленію.
27. Адріянъ Порабъ. К. П. Б.	24 л.	6 м	34 д.	Coxitis sin.		Болѣзненность въ лѣвомъ тазобедренномъ и колѣномъ составахъ ограниченность произвольныхъ движеній, вслѣдствіе боли	Смазыв. tra jodi. повязка,	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						щаемый въ тазобедренномъ составѣ указываетъ на начинающійся coxitis.		
28. Александра Цѣлякова. Мѣщанка. К. Б В.	24 г.	$7^1/_2$ м.	1 м.	Coxitis dextra.	Золот. въ дѣтствѣ дифтер, ($^1/_2$ г. назадъ).	Страданіе началось въ видѣ остраго воспаленія, уступившаго на время лѣченію, но потомъ опять обострившагося. При изслѣдованіи trochanter увеличенъ, нѣсколько выше R. N. линіи. Движенія ограничены, умѣренно болѣзнены. Укороченія и опухоли позади состава нѣтъ. Общее состояніе удовлетворительное.	Вытяженіе повязка.	Улучшеніе.
29. Тимофей Владиміровъ. Отст. солдатъ. К. П. Б.	24 г.	2 г.	12 м.	Coxitis dextr.	Caries tarsi fungosa amputatio cruris dextr.	Два года назадъ развилось страданіе голенностопнаго сочлененія, потребовавшее ампутаціи и черезъ полгода реампутаціи въ средней $^1/_3$ голени. Страданіе носило повидимому фунгозный характеръ. Рана вполнѣ зажила. Въ настоящее время ампутированная конечность согнута въ тазобедренномъ составѣ, движенія въ которомъ болѣзненны. Костная припухлость и утолщеніе trochant maj, который стоитъ выше R. N. линіи. Завертельная ямка сглажена.	Согрѣв. компр. Tra jodi.	Безъулучшенія.
30. Яковъ Игнатьевъ. Крестьянинъ. К. П. Б.	24 г.	4 м.	4 м.	Coxitis dextra.		Нога согнута въ колѣнномъ и тазобедренномъ сочлененіяхъ, фиксирована къ тазу и укорочена на 4 cmt. Свищъ въ области сочлененія.	Выпрямленіе, гипсовая повязка.	Улучшеніе.
31. Илья Назаровъ. Рядовой. К. П. Б.	25 л.	3 н.	3 г.	Coxitis Absces. femoris destr.		На передне наружной поверхности верхней половины праваго бедра большой натечный абсцессъ. вскрытіе котораго ускорено посред. согрѣвающихъ компрессовъ и мушки, вышла масса густаго клочковатаго гноя. Тоже самое и въ паху, гдѣ па-	Согрѣв. компр. и мушки. Вытяжен. дренажъ.	Ухудшеніе процесса.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						ховыя железы тоже тоже нагноились. Больной лихорадитъ. Правая нога полусогнута, приведена и нѣсколько повернута внутрь. Отдѣленіе гноя дов. обильное. Тазободренный составъ припухъ и болѣзненъ. затѣмъ константированъ патологическій вывихъ праваго бедра кверху. Результатъ. Полная неподвижность въ тазобедренномъ сочлененіи, укороченіе конечности, анкилозъ въ колѣнномъ сочлененіи съ искривленіемъ внутрь. Свищевые ходы на передней сторонѣ бедра и надъ пупартовой связкой.		
32. Захаръ Андреевъ. Писарь. К. П. Б.	25 л.	5 дн.	2½ м.	Coxitis dextra.	Typhus 1 мѣсяцъ назадъ Albuminuria.	Послѣ перенесеннаго тифа появились боли въ тазобедренномъ составѣ. Активныя движенія въ немъ невозможны. Пассивныя особенно ротаторныя весьма болѣзненны. При ощупываніи сильная болѣзненность позади б. вертела.	Смазыв. Trajo'i Повязка, крахмальная.	Выздоровленіе.
33. Тимофѣевъ Сергѣй Крестьянинъ. К. П. Б.	25 л.	11 л.	16 м.	Coxitis fungosa dextr.	Artro phlog art. humeri.	У больнаго на верхнихъ конечностяхъ 11 лѣтъ назадъ, были нарывы и свищи, изъ которыхъ выходили секвестры. 5 лѣтъ назадъ появились въ области пр. тазобедр. сочлененія нарывы, свищи, въ глубинѣ которыхъ не прощупывается обнаженной кости. Нога укорочена на 8 cmt., фиксирована въ тазобедр. сочлененіи. Болей нѣтъ, не лихорадитъ. Впослѣдствіи обнаружено обнаженіе каріозной кости въ глубинѣ свищей и больной сталъ лихорадить. Образовались нарывы in fossa schio rectalis, свищи на лѣвомъ плечѣ вскрылись, образовались затеки и развилась септицемія.	Отвлекающія на обл. состава. Гипсовая повязка. Теплыя припарки и компрессы.	Смерть отъ септицеміи.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
34 Василиса Федорова Крестьянка. К. Б. В.	26 л.	12 л.	35 дн.	Coxitis sin Kyphosis.	Scrophulosis.	На 14-мъ году появились боли въ лѣвой поясничной области и лѣвой ногѣ; затѣмъ она стала прихрамывать. Лѣвая нога атрофирована, укорочена на 4 ctm. согнута въ колѣнѣ и приведена къ животу, аддуцирована и повернута внутрь. движенія въ art. coxae ограничены, область ея дифформирована, конечность фиксирована къ тазу. Trochanter maj выше R. N. линіи на 4 cmt.	Неподвижная повязка. Вытяжен. конечности и смазыв. Trajodi.	Улучшеніе.
35. Василій Громовъ Рядовой. К. Б. В.	28 л.	13 м.	$2^1/_2$ м.	Coxitis granulans dextra.	Polyartritis. Ileotyphus (6 лѣтъ назадъ) и urethritis.	Тѣлосложенія умѣреннаго, здоровъ. Болѣзнь развилась послѣ ушиба. Правая нога согнута въ колѣнѣ, приведена и ротирована кнаружи. Движенія вмѣстѣ съ тазомъ; trochanter на 2 cmt. выше R. N. линіи, болѣзненъ. Укороченіе ноги на 2 cmt. При операціи остеопорозъ trochanteris и шейки бедра.	Смазыв. Trajodi и вытяжен. Trefinatio trochanteris maj; игнипунктура и выскабливаніе ложечкой	Выздоровленіе.
36. Рися Езерова Еврейка. К. Б. В.	4 г.	9 м.	$5^1/_2$ м.	Coxitis sin.	Scrophulosis.	Конечность фиксирована къ тазу, согнута въ тазобедренномъ и колѣнномъ составахъ, приведена и ротирована внутрь. Лѣвая ягодица увеличена, инфильтрирована, trochanter увеличенъ, болѣзненъ, на 2 ctm. выш. R. N. линіи, около него глубокое зыбленіе. Конечность укорочена на 2 cmt. При операціи оказалось; нарывъ въ области trochanteris, отсутствіе головки и остеопорозъ шейки бедра. Послѣ операціонное теченіе лихорадочное, образованіе затековъ, которые и были вскрыты.	Резекція шейки бедра (дренажъ) и послѣдов. вытяженіе.	Выписана на пути къ выздоровл.

1	2	3	4	5		7	8	9
37. Алексѣй Филимоновъ Сынъ отст. фельдфебеля. К. Б. В.	7 л.	2 г.	3 м.	Coxitis pelvica dextra.		За 5 мѣсяцевъ до поступленія пересталъ ходить вслѣдствіе болей въ суставѣ. За 3 недѣли образовалась опухоль въ верхней $^1/_3$ бедра. Конечность фиксирована, согнута и приведена къ животу. Пассивныя движенія совершаются на счетъ таза и очень болѣзненны. Конечность укорочена на 7,5 cmt., trochanter m. на 5 cmt. выше R. N. линіи. При изслѣдованіи подъ хлороформомъ: анкилоза въ art. coxae нѣтъ, при ротаціи трескъ отъ тренія каріозныхъ суставныхъ поверхностей, лимфат. жел. подъ lig Pouparti припухли. Мускулатура больной конечности атрофирована; на передней поверх. бедра натечный абсцессъ, идущій подъ fascia lata къ ягодичной области, содержавшій около фунта желтоватаго, грязнаго гноя, безъ запаха. Головка бедра (при резекціи) шейка его и acetabulum каріозны. Заживленіе нагноеніемъ, первые дни лихорадилъ.	Вскрытіе натечн. абсцесса. Повязка и шина Фолькмана и (черезъ 7 дн.) резекція головки по Ланrенбеку дренажъ.	Выздоровленіе: возстановленіе дѣятельности состава при укороченіи конечности на 5 ctm.
38. Федосья Третьякова. Дочь мѣщанки. К. Б. В.	8 л.	1 г.	16 дн.	Coxitis dextra.		Тѣлосложеніе плохое, въ высшей степени истощена и анемична. Страданіе развилось безъ видимой причины. Область состава сильно инфильтрирована, бедро согнуто и приведено. Trochant. mj. на 4 cmt. выше R. N. линіи, припухъ и болѣзненъ, у верхушки его 2 свища, укороченіе ноги на 4 cmt. Въ правомъ паху натечный абсцессъ. При резекціи хрящи головки разрушены; послѣдняя въ состояніи остеопороза. Послѣ операціи сильная лихорадка и смерть отъ септицеміи. Въ плеврахъ и перикардіѣ серозные эксудаты. Развитіе соединительной ткани,	Вскрытіе абсцесса Resectio cap. femeris.	Смерть отъ септицеміи.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						нъ легочн. верхушкахъ. Подъ острый фиброзно - гнойный перитонитъ. Печень и селезенки увеличены Acetabulum покрыто густымъ гноемъ, поверхность его неровная, дно истончено. Процессъ распространяется и въ массу кости кверху. Верхній отпилъ femoris представляетъ каріозный процессъ. Костно мозговыя полости выполнены массой грязноватаго, сѣраго цвѣта.		
39. Надежда Швецова. Мѣщанка. К. Б. В.	10 л.	10 л.	4 м.	Coxitis dextra.		Страданіе обнаружилось правостороннимъ сколіозомъ. противъ котораго назначенъ корсетъ. Черезъ мѣсяцъ обнаружились явленія коксита. Все время укрѣпляющее лѣченіе, не смотря на которое дѣвочка блѣдная и исхудалая. Нога укорочена на 3 cmt. фиксирована къ тазу. На наружный пов. бедра натечный нарывъ. Область состава припухла и болѣзненна. Acetalubum мало измѣнено. Въ головкѣ бедра конусообразное воспалительное гнѣздо. Послѣ оп. лихорадила и обильное нагноеніе.	Вскрытіе нарыва резекція coxae Повязка, вытяженіе.	Выписана на пути къ выздоровленію.
40. Зинаида Черманъ дочь провизора. Изъ золотушн. семьи. К. Б. В.	16 л.	2 г.	5 м.	Coxitis sin. suppurativa et absces. periarticularis coxae sin.	Корь и скарлатина. Золот. и сильно анемична. Во время пребыванія въ клиникѣ Pneumonia tuberculosa et albuminuria.	Ранѣе лѣчилась вытяженіемъ и получила облегченіе. Затѣмъ черезъ годъ оперирована (годъ назадъ). Впослѣдствіи сильно ушибла спину и тазъ, боли въ сочлененіи усилились. Лѣвая нога укорочена на 3 cmt., pes equinus, область тазобедреннаго состава припухла, сильно болѣзненна, trochanter на 2 cmt. выше линіи Розера. На передней поверхности фистулезный ходъ, отдѣляющій незначит. колич. гноя. Въ области же состава скопленіе гноя. При операціи найдено гнойное скопленіе и обнаженіе костей. Послѣ операціи лихора-	Вытяженіе резекція по Текстору и дренажъ	Ухудшеніе вслѣдствіе развитія туберкулеза легкихъ.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						дила и образовались затеки. Впослѣдствіи еще развился натечный абсцессъ въ сосѣдствѣ состава и скопленіе гноя in fossa iliaca, вслѣдствіе нагноенія железокъ.		
41. Петръ Петровъ. Мѣщанинъ. К. Б. В.	16 л.	1½ г.	3 м.	Coxitis dextra.	Rhachitis, genua valga.	Тѣлосложенія и питанія слабаго. Болѣзнь началась безъ видимой причины. 3 недѣли лѣчился отвлекающими и покоемъ — значительное улучшеніе втеченіи года. Нога приведена, ротирована кнутри и фиксирована къ тазу. Укорочена 2 cmt. Мускулатура ея атрофирована, движенія очень ограничены. При операціи caries головки и шейки бедра. Послѣ операціи обильное нагноеніе и лихорадка. Процессъ прогрессируетъ.	Artrectomia, трефинація и игнипунктура. Повязка съ вытяженіемъ.	Безъ улучшенія.
42. Петръ Тимофѣевъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	25 л.	2 г.	6 м.	Coxitis sin. et abss. congest.		Нога атрофирована и укорочена на 3 cmt. Соотвѣтственно m. vastus int. цилинд. припухлость, до средины бедра ясно фруктуирующая. Ягодичная ямка сглажена, область ягодицы утолщена. Бедро фиксировано къ тазу, движенія болѣзненны, область вертела плотная и припухшая. При операціи полость нарыва простирается до шейки бедра и средины пупартовой связки, выстлана піогенной оболочкой. Рана зажила послѣ 2-ой операціи per primam, но все таки боли и явленія со стороны тазобедреннаго состава не улучшались, по этому сдѣлана 3-я операція, послѣ которой тоже безлихорадочное теченіе.	Высасываніе и затѣмъ вскрытіе и выскабливаніе натечнаго абсцесса заживленія подъ влажн. струпомъ Резекція б. бугра и части шейки бедра.	Выписанъ на пути къ выздоровленію.

X. Бедро.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени. боленъ	Сколько времени. въ клин.	Діагнозъ.	Бывш. и сопутств. болѣз.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Алексѣй Воротниковъ Мѣщанинъ. К. Б. В.	9 л.	2 г.	77 дн.	Caries necrotica femoris dext	Scrophulosis (adenopatia)	Боли и опухоль въ верхней $1/2$ праваго бедра, ниже состава. 10 мѣсяцевъ назадъ опухоль вскрыта и изъ нея вынуть неб. секвестръ, черезъ 6 мѣсяцевъ таже операція повторена вторично. На 3 cmt. ниже trochant. maj свищевое отверстіе, выстланное грануляціями, въ глубинѣ котораго разрыхленная кость. Верхняя $1/2$ бедра утолщена и бугриста, вслѣдствіе некротическихъ дефектовъ, въ промежуткахъ между ними некротизированное куски кости и входъ въ полость, занимающую trochantr maj. и шейку бедра. Стѣнки полости выстланы грануляціями и состоять изъ некротизированной шероховатой кости. Движенія въ тазобедренномъ и колѣнномъ сочлененіи свободно.	Sequestrotomia. 2 раза. Выскабливаніе.	Выздоровленіе.
2. Григорій Асмановъ дворянинъ. К. Б. В.	14 л.	2 м.	$4^1/_2$ м.	Ostomyellitis chr.	Scrophulosis. adenitis, ozoena Pneumonia chr.	Страданіе началось воспаленіемъ колѣннаго состава, изъ котораго разрѣзомъ выпущенъ 2 м-ца назадъ гной, послѣ чего состояніе улучшилось. Больной сильно истощенъ. Колѣно согнуто, нижній эпифизъ бедра сильно утолщенъ, свищи, около составной абсцессъ, выстланный грануляціями, кость не обнажена. При вскрытіи полости на границѣ между эпифизомъ и діафизомъ костно мозговая полость увеличена, корковый слой плотенъ, губчатый разрыхленъ. Секвестра не найдено.	Вскрытіе нарыва. Evidement.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Анна Алексѣева. Крестьянка. К. П. Б.	16 л.	1 г.	$2^1/_2$ м.	Ostitis caseosa femoris sinistri.		Тѣлосложенія здороваго, питаніе удовлетворительно. Genua valga, боли въ тазобедренномъ суставѣ. Предложено оперативное лѣченіе. Послѣ второй операціи (на правой ногѣ) осложненіе затеками и нагноеніемъ, окончившееся къ образованіемъ костной мозоли. Въ результатѣ хорошая прямая конечность. Но затѣмъ появились боли въ trochanter sin, который равно какъ и верхняя треть значительно утолщены. Въ области его свищъ. При разрѣзѣ въ верхушкѣ trochonteris казеозный очагъ, въ голубиное яйцо величиною.	Osetotomia sin et deutr. Разрѣзъ трефинація и игнипунктура trochanteris majoris.	Выздоровленіе осложненія нагноеніемъ. Выздоровленіе.
4. Николай Григорьевъ. Мѣщанинъ. Изъ золотушной семьи. К. Б. В.	20 л.	6 м.	4 м.	Osteo myellitis condyli interni fsm. sinistri.	Pneumonia chron. Typhus 3 года назадъ Scrophulosis (adenitis).	Слабаго тѣлосложенія, анемиченъ. Колѣно припухше, согнуто, опухоль зависитъ отъ инфильтрата въ мягкихъ частяхъ и увеличенія внутр. мыщелка, болѣзненнаго при давленіи и постукиваніи.	Evidement и игнипунктура 2 раза и затѣмъ выскабливаніе грануляц. массъ изъ ранъ	Выздоровленіе.
5. Владиміръ Скальскій. Восп. семинаріи. К. П. Б.	24 г.	6 л.	8 м.	Ostitis femoris dextri		Шесть лѣтъ назадъ ушибъ верхнюю часть бедра, черезъ полъ года открылись свищевые ходы, оставшіеся и до настоящего времени. Большой вертель увеличенъ, при давленіи сильно болѣзненъ. Правая ягодица припухла, плотна на ощупь покраснѣла, на ней 5 фистулезныхъ, отдѣ-	Дренажъ съемно-неподвижная повязка.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						ляющихъ гной отверстіи, функція тазо-бедр. состава нормальна, зондированіе черезъ свищъ не открыло обнаженной кости. Въ клиникѣ перенесъ рожу и образовался новый свищевой ходъ.		
6. Альбедиль Полковникъ. К. П. Б.	36 л.	$1^1/_2$ г.	3 м.	Fistuae et periost. trochanteris maj. sin.		У основанія trochanteris majouris находится свищевая язва, другая же помѣщается in plica ingvinalis вблизи spina ilei. Trochanter maj равномѣрно припухъ и болѣзненъ. Свищевые ходы сообщаются между собой. Отдѣленіе гноя умѣренное. Тазобер. составъ здоровъ.	Дренажъ повязка.	Безъ перемены.
7. Адамъ Кунцевичъ. Учитель Изъ чахоточ. и золотушн. семьи. К. Б. В.	37 л.	11 м.	$2^1/_2$ м.	Osteomyellitis tuberculosa femoris sinistri.		Тѣлосложеніе и питаніе хороши. Болѣзнь началась сильными болями, вслѣдъ за которыми медленно развилась опухоль бедра, ставшая впослѣдствіи безболѣзненной. Она вскрылась въ нижней части изъ нарыва, вытекла масса гноя и вся опухоль уменьшилась, но за то развилось воспаленіе въ колѣнѣ, лѣченное гипсовой повязкой. На припухшемъ бедрѣ, кость трудно прощупывается на границѣ верхней и средней $^1/_3$—2 свища отдѣляющіе гной. Condylus internus увеличенъ и болѣзненъ. Изъ свищей вышли 2 леб. секвестра. На внутреннемъ мыщелкѣ образовался абсцессъ.	Возвышенное положеніе бинтованіе эласт. бинтомъ. Вскрытіе абсцесса трефинація и игнипунктура.	Выздоровленіе.

Knee

XI. Колѣно.

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени: боленъ	Сколько времени: въ клин.	Діагнозъ.	Бывш. и сопутств. болѣзни.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Самуилъ Эпштейнъ. С. провизора. К. Б. В.	4 л.	1½ г.	1 м.	Gonitis granulos. dextra.	Scrophulosis, otorrhoea eczema.	Питаніе и тѣлосложеніе посредств. Опухоль развилась медленно и почти безъ боли, лѣчена была все время отвлекающими и массажемъ. Колѣнь согнуто и анкилозировано, суставные концы костей утолщены и болѣзнены. Составъ веретенообразной формы, голень нѣск. атрофирована.	Трефинація и игнипунктура	Улучшеніе.
2. Наталья Клюшкина. дочь солдата. К. Б. В.	4 г.	6 м.	23 дн.	Artrophlogosis genu sin.	Rhachitis otorrhoea et eczema capitis.	Больная конечность удлинена на 1 cmt. Колѣно согнуто, равномѣрно припухло, по сторонамъ patellae набл. незначительная флюктуяція. Внутренніе мыщелки femoris et tibae увеличены и болѣзнены. Также увеличина и вся нижняя половина бедренной кости. Активныя движенія затруднены, цассивныя болѣзнены. Черезъ м-цъ вторичнопоступилъ въ клинику.	Давящая повязка смазыв. іодомъ. Теплыя соленыя ванны пассивн. движ. и съемнонеп. пов.	Улучшеніе.
3. Екатерина Маркова. дочь крестьян. К. Б. В.	4 г.	1½ г.	24 дн.	Ar'rophlog. genu dextr.		Правое колѣно увеличено (на 3 cmt., въ периф.) припухло. Кожа не измѣнена консистенція плотная. Движенія ограничены. На боль не реагируетъ.	Повязка и вытяженіе Ванны изъ морской соли и съемная неподвиж. по-	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Абрамъ Обуховскій. Мѣщанинъ. К. Б. В.	4 г.	2 г.	7 м.	Gonitis granul. dextra.		Страданіе началось въ видѣ хроническаго процесса, черезъ ½ года развился анкилозъ, согнутаго колѣна. Годъ назадъ сдѣлано выпрямленіе и гипсовая вовязка въ теченіи 3 м., безъ результатовъ. Составные концы костей утолщены и болѣзненны, patella тоже; боковая подвижность состава увеличена и при движеніяхъ въ составѣ трескъ. Питаніе удовлетворительное.	Выпрямленіе съемно неподв. повязка.	Безъ улучшенія.
5. Дмитрій Сорокинъ. Сынъ Мѣщанина. К. Б. В.	5½ л.	2 г.	2 м.	Gonitis granulosa sin.		Лѣвое колѣно слегка согнуто и припухше, представляя шарообразную форму. Консистенція пастозная, распространяется кверху и къ низу отъ состава и слегка болѣзненныхъ и увеличенныхъ составныхъ концовъ костей. Въ подколѣнной ямкѣ свищъ выдѣляющій неб. количество гноя. Колѣно согнуто подъ угломъ и анкилозировано.	Игнипунктура гипсовая повязка. выпрямленіе.	Выздоровленіе.
6. Михаилъ Афонасьевъ. К. Б. В.	6 л.	2 г.	44 дн.	Artrophlog. granulans genu dextri.	Scrophulosis.	Два года назадъ появилась боль, а вслѣдъ за тѣмъ опухоль колѣна, распространившаяся кверху и книзу отъ состава. Колѣно приняло согнутую форму, пассивныя движенія лишь очень ограничены. Свищей нѣтъ.	Brisement forcé и гипсовая повязка.	Выздоровленіе (анкилозъ выпрямленнаго колѣна).
7. Прасковья Сергѣева. Дочь крестьян. К. Б. В.	7 л.	3 г.	7½ м.	Artrophlog genu sin.	Rhachitis et srophulosis.	Тѣлосложеніе и питаніе дов. плохіе анемична. Страданіе развивалось медленно. Окружность колѣна увеличена на 5 cmt, анкилозъ и патологическій вывихъ къ зади. Въ области состава свищи выстланные сальными, вялыми, грануляціями, отдѣленіе неб. колич. жидкаго гноя. Лихорадитъ умѣренно. Въ клиникѣ значительно поправилась и прибыла въ вѣсѣ.	Вытяженіе. Впрыскив. іодоформ. эмульсіи. Соленыя ванны. Артрото-	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						При артротоміи найдено выполненіе полости состава фунгозными массами, разрушеніе связокъ, хрящей. Поражены составные концы костей, которые выскоблены.	мія и выскабливаніе.	
8. Матвѣй Павловъ. Крестьянинъ. К. П. Б.	7 л.	2 г.	20 д.	Artro flogosis fungosa genu.		Послѣ ушиба развилось воспаленіе колѣна, черезъ годъ образованіе свищей и анкилозъ подъ тупымъ угломъ. Колѣно припухло. Составные концы костей утолщены (въ особенности femoris), равно какъ и мягкія части состава, тѣстоватыя на ощупь и не дающія флуктуацій. Въ подколѣнной ямкѣ свищи, высланные плотными грануляціями. Движенія очень ограничены и болѣзненны. Общее состояніе удовлетворительно. Не лихорадитъ.	Выпрямленія гипсовая повязка.	Улучшеніе.
9. Николай Тюмекинъ. Сынъ крестьян. К. Б. В.	7 л.	$6^1/_2$ л.	$3^1/_2$ м.	Gonitis granul. sinistra.	Scrophulosis (adenitis colli).	Тѣлосложенія слабаго, сильно истощенъ. На 7-мъ мѣсяцѣ жизни замѣтили болѣзненную опухоль колѣна, которую около года лѣчили отвлекающими средствами. Затѣмъ была наложена гипсовая повязка (на 6 мѣсяцевъ) по истеченіи которыхъ обнаружены около ссотавные абсцессы, вскрытые и появлявшіеся отъ времени до времени вновь. 4 лѣта провелъ въ Ст. Руссѣ. St. Praes. Колѣно анкилозировано подъ тупымъ угломъ, веретенообразной формы, плотно, бѣлаго цвѣта, контуры и углубленія сглажены. Составные концы костей утолщены и болѣзнены. 4 свища subluxatio кзади, удлиненіе на 2 cmt. По временамъ больной лихорадитъ. При вскрытіи состава въ полости его грануляціи, хрящи мало измѣнены. Составные концы костей въ состояніи остеопороза. Послѣ операціи дов. обильное отдѣленіе гноя и. лих. состояніе	Повязка. Вскрытіе трефинація и игнипунктура составныхъ концовъ.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Владиміръ Успенскій. К. Б. В.	8 л.	$1^1/_2$ г.	$2^1/_2$ м.	Arthro phlog. genu dextr.	Scrophulosis.	Тѣлосложеніе и питаніе плохіе. Анемиченъ. Болѣзнь началась послѣ ушиба, появилась опухоль и затрудненныя движенія въ составѣ. Въ настоящее время колѣно припухло на 3 cmt. (въ объемѣ). Составные концы костей утолщены и болѣзнены. По бокамъ patellae, подъ кожей фунгозныя массы. Движенія очень ограничены. Жидкости въ составѣ нѣтъ. Не лихорадитъ.	Вытяженіе.	Улучшеніе.
11. Василій Пѣтуховъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	10 л.	1 м.	2 м.	Artro-phlog. genuum.		Тѣлосложеніе и питаніе хорошіе. Болѣзнь началась медленнымъ опуханіемъ и болью въ составахъ безъ лихорадочныхъ явленій. Оба колѣна акилозированы подъ прямымъ угломъ. Составные концы костей утолщены (въ особенности внутренніе мыщелки) и сильно болѣзненны. Контуры составовъ совершенно сглажены, флюктуаціи нѣтъ. Пассивныя движенія очень ограничены и болѣзненны. Черезъ полъ года послѣ операціи полное сгибаіе колѣнъ.	Выпрямленіе (подъ хлор.) шины. Трефинація и игнипунк.	Полное выздоровленіе.
12. Алексѣй Буркинъ. К. П. Б.	11 л.	4 г.	6 м.	Contractura genu sin.		Припухлость колѣна существовала 4 года, не мѣшая ходьбѣ. Но 4 мѣсяца послѣ ушиба; началось сведеніе колѣна, боли при ходьбѣ въ составѣ. Колѣно согнуто подъ угломъ, большимъ прямаго и припухло, борозды по краямъ patellae сглажены, внутренній мыщелокъ бедра увеличенъ и болѣзненъ, равно какъ и головка fibulae. Пассивныя движенія ограничены и болѣзненны. Выписанъ съ удлиненной на 2 пальца и чуть чуть подвижной въ колѣнѣ, выпрямленной ногой.	Brisement forcé гипсовая повязка.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Николай Осницкій. Семинаристъ. К. П. Б.	11 л.	10 м	4 м.	Tumor albus genu sin.		Питаніе посредственное, страданіе развилось вслѣдъ за травмой. Черезъ 2 мѣсяца наложена неподвижная повязка на 5 недѣль—улучшеніе. Послѣ новаго ушиба ухудшеніе. Колѣно согнуто, сильно опухло, углубленія сглажены, мыщелки припухли и болѣзненны. Мускулатура голени нѣсколько атрофирована.	Повязка выпрямленіе (подъ хлороф.)	Значит улучшен.
14. Марія Яковлева. Дочь крестьян. К. Б. В.	12 л.	5 л.	67 дн	Artrophlogosis granulosa et ankylosis genu dextri.		Пять лѣтъ назадъ, во время какой то лихорадочной болѣзни появилась опухоль колѣна и оно согнулось мало по малу подъ угломъ. Затѣмъ черезъ годъ колѣно выпрямилось и образовались свищи, то открывавшіеся, то закрывавшіеся. При поступленіи фиброзный акилозъ колѣна. Составные концы костей вздуты, контуры мыщелковъ и борозды по бокамъ patellae сглажены, послѣдняя подвижна. Въ области наружнаго и внутренняго мыщелковъ бедра, по свищевому ходу, выстланному вялыми грануляціями, въ глубинѣ обнаженная рыхлая порозная кость.	Выскабливаніе и игнипунктура состава, дренажъ.	Выздоров.
15. Марія Данилова. Дочь крестьян. К. Б. В.	13 л.	5 л.	5 м.	Gonitis sinistra chron et genu valgum.		Genu valgum sin, согнутое подъ тупымъ угломъ и увеличенное преимущественно съ внутренней стороны, мыщелокъ на которой утолщенъ и болѣзненъ, Patella фиксирована и смѣщена кнаружи. Движеніе очень ограничено и болѣзненно. Во время пребыванія въ клиникѣ открылся свищъ, кость въ немъ не прощупывается; свищъ затѣмъ зажилъ-	Горячіе компрессы и вытяженіе съ примѣнен. выпрямляющей колѣно шины.	Выздоров.
16. Елена Питкевичъ. Дочь дворян.	13 л.	1 м.	32 дн.	Artrom. serosa et osteomyel	Scroph. Scarl. c. dyptheri-	Питаніе и тѣлосложеніе удовлетворительны. Страданіе развилось вслѣдствіе травмы. Лѣчона гипсовой повязкой въ	Повязка гипсовая. Игни-	Улучшеніе и пріостанов.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
				litis granul. incip. genu sin.		течeніи 2 недѣль съ улучшеніемъ. Колѣно равномѣрно опухшее, борозды сглажены, въ составѣ жидкость. Мыщелки припухли и болѣзненны. Не лихорадитъ.	пунктура.	
17. Семенъ Войниковъ. Сынъ. крестьян. К. Б. В.	14 л.	2 г.	53 д.	Artro phlog. genu sin.	Золотуха и (язвы на кожѣ).	Колѣно согнуто подъ тупымъ угломъ веретенообразно припухло. Надъ внутрен. мыщелкомъ и надъ головкою fibulae пофистулезному ходу, отдѣляющему жидкій гной, съ примѣсью творожистыхъ массъ, обнаженія кости не ощупывается, консистенція состава равномѣрно пастозна. Patella и оба внутр. мыщелка сильно болѣзнены. Окружность состава увеличена на 6 cmt. движеніе въ составѣ неболѣзнено.	Горячіе компрессы и вытяженіе.	Значительное улучшеніе (выпрямленіе конечности).
18. Марья Черницына. Дочь купца. Изъ золотуш. семьи. К. Б. В.	13 л.	5 л.	$5^1/_2$ м.	Gonitis fungosa dextr.	Ушибы колѣна; оплотненіе правой легочн. верхушки	Послѣ двукратнаго ушиба развилась опухоль колѣна, лѣченная неподвижной повязкой и согрѣвающими компр. Опухоль эластична, съ дов. значит. зыбленіемъ подъ patella, очертанія сглажены, переходятъ безъ рѣзкихъ границъ въ здор. ткани, конечность атрофирована и согнута подъ угломъ въ 20. Болѣзненность внизу patl. и мыщелкахъ бедра. Пассивныя движенія безболѣзненны. Въ клиникѣ образовался на наружной пов. состава абсцессъ изъ котораго высасываніе и впрыскиваніе пришлось повторить. Гной зеленоватый жидкій. Черезъ полъ года возвратилась въ клинику съ анкилозомъ и укороченіемъ на 5 cmt. и сублюксаціей кзади.	Горячіе компр. изъ соленой воды и вытяженіе. Высосанъ гной и впрыснутъ іодоформъ.	Безъулучшенія.
19. Өедоръ Чекинъ Мѣщанинъ. К. П. Б.	15 л.	$1^1/_2$ г.	6 м.	Tumor albus et contract genu sin.		Опухоль стала развиваться послѣ простуды колѣна. Нога согнута подъ прямымъ угломъ въ колѣнѣ, пассивныя движенія	Согрѣв. компр. Наклонная плоскость	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						крайне ограничены. Колѣно опухшее, со всѣхъ сторонъ и крайне болѣзненно на ощупь, равно какъ и мыщелки костей, флюктуаціи нѣтъ.	brisement forcé 2 раза гипсовая повязка.	
20. Юдель Шустеръ. Мѣщанинъ. Еврей. К. Б. В.	15 л.	9 л.	29 дн.	Artrophlogosis genu sin.		Болѣз. начал. вслѣдъ за ушибами, вслѣд. которыхъ составъ опухъ; затѣмъ образовалось нѣсколько периартикулярныхъ абсцессовъ, которые сами вскрывались, Колѣно увеличено въ объемѣ, на счетъ разростанія составныхъ концовъ костей. Составъ анкилозированъ подъ прямымъ угломъ. На наружной поверхности свищъ, ведущій къ обнаженной кости. Лѣвыя паховыя и бедренныя желѣзы инфильтрованы.	Антисептическая перевязка.	Выписанъ безъ измѣненія.
21. Людмила Романова. К. Б. В.	16 л.	11 л.	25 дн.	Gonitis gran. dextr.	Scrophulosis. Корь.	Анемична. Тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительны. Дважды страдала воспаленіемъ колѣна послѣ ушиба, лѣчилась вытяженіемъ и повязками—улучшеніе. Колѣно согнуто подъ угломъ. Мягкія части и составные концы костей утолщены. Жидкости нѣтъ; движенія и ощупываніе в. болѣзнены, сильно лихорадитъ.	Насильственное выпрямленіе, трефинація и игнипунктура.	Выздоровленіе.
22. Коверскій. Шимель. Мѣщанинъ. К. Б. В.	17 л.	24 дн.	3 м.	Artrop. gran. genu sin.	Scrophulosis хронич. проц. въ легоч. верх.	Тѣлосложеніе слабое, питаніе плохое. Страданіе развилось вслѣдствіе травмы, въ видѣ остраго воспаленія съ выпотомъ; лѣченъ отвлекающими и давящей повязкой, лихорадилъ. При поступленіи опухоль колѣна, сглаживающая всѣ углубленія, переходитъ безъ ясныхъ границъ	Прижиганіе въ видѣ полосъ Дав. повязка.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						кверху, мыщелки и мягкія части припухли и болѣзнены, флуктуаціи въ колѣнѣ незамѣчается. Движенія сильно болѣзненны. Лихорадитъ.	Ванны. Вскрытіе и промывка состава	
23. Дарья Егорова. Крестьянка. К. П. Б.	17 г.	3 г.	7 м.	Artro-meningt. fungos genu dext		Опухоль, сначала не мѣшала хожденію, но затѣмъ увеличиваясь заставили больную слечь. Черезъ годъ опухоль уменьшилась, но развился анкилозъ колѣна. Колѣно анкилозировано подъ прямымъ угломъ, стопа повернута кнаружи, а суставной конецъ tibiae повернутъ кзади въ подколѣнную ямку. Составной же конецъ бедра выпяченъ къ переди; почти по всей поверхности констатируется припухлость его, patella плотно къ нему фиксирована. Пассивныя движенія весьма ограничены, но боковая подвижность увеличена.	Вытяженіе. Гипсовая повязка.	Выздоровленіе. (анкилозъ выпрямл. колѣна).
24. Яковъ Васильевъ. К. П. Б.	17 л.	2 г.	2½ м.	Tumor albus genu dex.		Лѣчился въ больницѣ посредствомъ повязокъ отъ опухоли колѣна, которая постоянно увеличивалась. Въ наст. время колѣно анкилозировано, припухше, голень атрофирова. Въ клиникѣ образовались перпартк. абсцессы.	Tra jodi, Повязка.	Безъ улучшенія.
25. Гаврилова Аполина. Солдатская дочь. К. П. Б.	17 л.	съ дѣтст.	3½ г.	Artro-phlog. genu sin.		Тѣлосложенія здороваго, больна съ дѣтства колѣно согнуто и анкилозировано. Въ составѣ дов. значительное накопленіе жидкости, окружающій ткани утолщены. Общее состояніе удовлетворительно. При аспираціи 120 к. ц. тягучей, шеколаднаго цвѣта жидкости съ мелкозернистымъ распадомъ. Жидкость опять накопилась гнойная, об-	Давящая повязка аспирація. Выпрямленіе Гипсовая повязка.	Выписался неизлѣч.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						разовался затекъ подъ колѣно, на протяженіи верхней $1/3$ tibiae; больной лихорадитъ. Колѣно выпрямлено и наложена повязка затѣмъ выдѣленіе гноя уменьшилось и колѣно выпол. грануляціями, но жидкость отъ времени до времени опять накоплялась и образовались периартикулярные абсцессы. Выписанъ съ гноящимися свищами и негоднымъ колѣномъ.		
26 Ивановъ Ерофѣй. К. П. Б.	18 л.	11 л.	3 м.	Gonitis fungosa dextra	Scrophulosis. въ дѣтствѣ.	Страданіе развилось въ видѣ хроническаго воспаленія. Колѣно, которое въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ было лѣчено выпрямленіемъ, повязками, согнуто подъ тупымъ угломъ, нѣсколько фистулезныхъ ходовъ, кости не обнажены, отдѣленіе гноя умѣренное, составные концы костей утолщены, въ клиникѣ образованіе периартик. абсцессовъ.	Повязка.	Безъ улучшенія.
27 Карлъ Фольратъ. Саксонецъ. Кондитеръ. К. Б. В.	20 л.	6 л.	35 дн.	Artrophlogosis granulosa genu dextri Ankylosis	Мокнущія сыпи на головѣ.	Безъ видимой причины, появилась опухоль колѣна, лѣченная неподвижно съемной повязкой, старо-русскими водами и черезъ 3 года образовался анкилозъ, усилившійся послѣ остраго воспаленія колѣна (отъ ушиба). Въ клиникѣ (8 мѣсяцевъ назадъ) сдѣлано насильственное выпрямленіе и наложена съемно неподв. повязка, черезъ 2 мѣсяца онъ уже ходилъ съ шиной и на костыляхъ. Но опухоль и боль въ сочлененіи не проходили.	Brisement forcé. Игнипунктура.	Возстановленіе (не полное) движеній. Значительное улучшеніе.
28 Петръ Заморинъ. Рядовой. К. П. Б.	21 г.	2 м.	4 м.	Periostitis femoris dex. et goni-		Болѣзнь появилась безъ видимой причины. На передней пов. нижней $1/3$ бедра разлитая припухлость на кости безъ рѣзкихъ границъ. Кожа надъ ней неизмѣнена	Согрѣв. компр. Смазыв.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						движенія въ колѣнѣ болѣзненны. Затѣмъ появилось опуханіе колѣна съ образованіемъ небольшаго количества жидкости въ составѣ, которая довольно скоро (черезъ недѣлю) исчезла, опухоль же и боль увеличились и развилась инфильтрація мягкихъ частей. Углубленія на поверхности состава исчезли. Больной нелихорадитъ. При выпискѣ больнаго фиброзное утолщеніе колѣнной сумки препятствуетъ свободному движенію состава, больной ходитъ съ костылемъ.	Trojodi. Повязка.	
29. Михаилъ Синицинъ. Мѣщанинъ. Изъ чахоточн. семьи К. Б. В.	22 г.	6 м.	$5^1/_2$ м.	Artrophlog. granul. genu sin.	Scrophulosis. absces. palati duri.	Нѣсколько малокровенъ, общее состояніе удовлетворительно: Колѣно сильно опухло, полусогнуто. Контуры сглажены, припухлость выражена особенно рѣзко надъ и снаружи; незначительное количество жидкости въ составѣ и сумкахъ его, мыщелки утолщены и болѣзненны. При пункціи—сѣроватая гноящая жидкость съ крупными хлопьями. Послѣ операціи лихорадилъ и перенесъ рожу.	Прижиганіе въ видѣ полосъ и выпущеніе гноя Выскабливаніе burs. prepatllaris et extensor.	Значит. Улучшеніе.
30. Максимъ Кириловъ. Рядовой. К. П. Б.	22 г.	7 м.	$5^1/_2$ м.	Artromenig. Scrophuloza chron. genu sin.		Страданіе началось болями, опухолью и разстройствомъ движеній; составъ припухъ, нормальныя углубленія сглажены, при пальпаціи получается флюктуація. Въ нижней половинѣ fos. popliteae продолговатая, плотная, безболѣзненная опухоль, подвижная, появившаяся 3 мѣсяца назадъ. Во время пребыв. въ клиникѣ появилась боль и припухлость составнаго конца tibiae, съ которыми больной и выписанъ.	Смазыв. Trojodi. Повязка.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Кристъ Пуре. Рядовой. К. П. Б.	22 г.	4 г.	5 м.	Artromeningitis genu dextr chronica.		Припухлость и незначительная контрактура праваго колѣна, происшедшія вслѣдствіе ушиба 4 года назадъ. Припухлость находится преимущественно по сторонамъ и подъ надколѣнной чашкой, которая баллотируетъ, но очень слабо. Составные концы костей болѣзненны и припухли.	Смазыв. Tra jodi Съемно неподвиж. повязка.	Выздоров.
32. Николай Буйволовъ. Рядовой. К. П. Б.	22 г.	5 м.	$3^1/_2$ м.	Hydrops chron. genu dextri.		Область колѣна равномѣрно припухла. Углубленія по бокамъ patellae сглажены. Въ составъ замѣтно зыбленіе, patella natans, слизистыя сумки подъ сухожиліями разгибателей выпячиваются, движенія сохранены и мало болѣзненны.	Покой, давленіе смазыв. tra jodi. повязка согрѣв. компр.	Ухудшеніе процесса.
33. Дмитрій Новиковъ. Канониръ. К. П. Б.	22 г.	1 г.	4 м.	Tumor-albus genu dext.		Опухоль колѣна существуетъ около года. Контуры мыщелковъ сглажены. Движенія активныя и пассивныя ограничены, при чемъ слышенъ трескъ и треніе эпифизовъ. Объемъ колѣна увеличенъ. Въ срединѣ fossae popliteae ограниченная опухоль, съ яблоко величиною, съ гладкой поверхностью, тѣстообразной консистенціи неуменьшающаяся при давленіи, лежитъ подъ фасціей, не подвижна.	Прижиганіе колѣна въ видѣ полосъ повязка.	Значит. улучшеніе.
34. Елена Николаева. Крестьянка. К. Б. В.	22 г.	7 л.	4 м.	Artrophlog et ankylosis spur. genu dextr.		Послѣ ушиба колѣна, появилась опухоль и ограниченіе движенія, status quo въ теченіе 5 лѣтъ. Затѣмъ новый ушибъ ухудшеніе процесса и контрактура колѣна, выпрямленная постепенно въ (больницѣ) но опухоль не смотря на лѣченіе (каутеризація, электротерапія) не прошла и образов. анкилозъ выпрямленнаго колѣна. Объемъ	Горячіе компр. въ 60° на 15м. (2 р. въ день) brisement forcé до 90° и не	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						его увеличенъ на 2 cmt. припухлость кругомъ всего состава, по бокамъ patellae по бугру, сливающіеся къверху patellae, тѣстообразной консистенціи; patella фиксирована. Составные концы костей болѣзнены.	повязка при продолж. компр. и пассив. движен.	
35. Өедоръ Савинъ. Студентъ. К. Б. В.	23 л.	16 л.	3 м.	Artrophlog. granulosa genu sin.	Уплотненіе правой легочной верхушки	Колѣно согнуто подъ угломъ 140°, почти неподвижно. Суставные концы костей утолщены и выдаются по сторонамъ patellae, приросшей къ внутреннему мыщелку. Въ подколѣнной ямкѣ и на внутренней поверхности колѣно по рубцу, спаянному съ костью. Семи лѣтъ отъ роду больной ушибъ колѣно (ушибленная рана) вслѣдъ за чѣмъ образовались въ области колѣна нарывы, а черезъ годъ анкилозъ колѣна. Одинадцати лѣтъ пользовался ортопедическимъ лѣченіемъ цѣлый годъ безъ успѣха, только уголъ изъ 90°, перешелъ на 140°.	Brisement forcé Повязка.	Благопр. исходъ (анкилозъ выпрямл. колѣна).
36. Николай Алексѣевъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	23 л.	6 м.	3 м.	Gonitis granul. sin.		Тѣлосложенія и питанія хорошаго. Болѣзнь развилась вслѣд. паденія. Колѣно согнуто подъ угломъ, увеличено въ объемѣ, какъ насчетъ костей, такъ и мягкихъ частей. Составные концы весьма болѣзнены. Движенія сильно болѣзненны—ограничены. Послѣ операціи лихорадилъ, отдѣл. гноя значительно.	Насильственное выпрямленіе. Трефинація и игнипунктура.	Выздоровленіе.
37. Константинъ Лешцкій. Рядовой. К. П. Б.	23 л.	2 м.	7 м.	Artrophlog. genu dextri.		Болѣзнь развилась вслѣдъ за ушибомъ, послѣ котораго стали развиваться затрудненія въ движеніи. Колѣно припухшее довольно равномѣрно, равно какъ и оба мыщелка бедра. Patella баллотируетъ, припухлость вокругъ нея мягкая, но зыбленіе нѣтъ. Движенія сильно затруднены и болѣзнзнены.	Крахмальная съемно неподвижн. повязка.	Выздоров.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Марія Филатова. Жена рядоваго. К. Б. В.	24 г.	$3^1/_2$ м.	14 дн.	Artrophlog. genu sin.	Contusiones et distorsio genu sin.	Болѣзни предшествовалъ 3-хъ кратный ушибъ. Колѣно согнуто, увеличено въ объемѣ, patella подвижна. Мыщелки бедра увеличены болѣзнены, равно какъ и составной конецъ tibiae.	Горячіе компрессы и шина. Массажъ.	Улучшеніе.
39. Андрей Ширяевъ. Рядовой. К. П. Б.	25 л.	6 м.	14 м.	Artromen. genu sin.	Nephritis acuta	Болѣзнь началась нарывомъ въ области лѣваго колѣна, которое затѣмъ опухло и стали появляться отеки то той, то другой ноги. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено лишь скопленіе асцитической жидкости. Лѣвое колѣно равномѣрно опухло, всѣ угубленія и контуры состава сглажены. Опухоль безболѣзненна, не флюктуируетъ. Пасивныя движенія весьма ограничены. На передней поверхности выше и ниже patellae свищи, кость въ нихъ не ощупывается. Вся нога нѣсколько отечна. Въ дальнѣйшемъ теченій и процессъ ухудшился, появились періартикулярные абцессы. Больной все время лихорадитъ, отекъ усилился и сдѣлался общимъ. Смерти предшествовала кровяная рвота и поносъ. Въ мочѣ масса бѣлка.	Гипсовая повязка. Вскрытіе и дренажъ нарывовъ.	Безъ улучшенія. Смерть отъ перрита.
40. Александръ Ивановъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	25 л.	6 м.	33 дн.	Artrophlog. genu sin chron.		Колѣно увеличено, борозды по бокамъ patellae сглажены. Конечность согнуто на 20° стопа ротирована къ наружи. Верхній и нижній эпифизы tibiae увеличены, флюктуація ощущается во внутренней части состава, тамъ же и боль. Лихорадитъ.	Шина	Облегченіе.
41. Ульяна Степанова. Крестьянка. К. Б. В.	28 л.	7 м.	$2^1/_2$ м.	Artrophlog genu sin.		Тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительны. Болѣзнь развивалась медленно. Объемъ колѣна увелич. на 2,5 cmt. Движенія ограничены. Мыщелки и эпифизы	Вытяжен. Горячіе компрессы.	Значит. улучшен.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						костей значительно припухли и болѣзненны, особенно внутренній бедра. Во кругъ patellae грануляціонныя массы, дающія ложную флуктуацію.		
42. Алексѣй Федотовъ. К. П. Б.	27 л.	2 м.	$2^1/_2$ м.	Tumor albus genu s.		Два мѣсяца назадъ ушибъ колѣно. Составъ равномѣрно опухъ, углубленія всѣ сглажены. Опухоль плотная, безъ всякихъ признаковъ флюктуаціи. Кожа напряжена но не измѣнена, колѣно согнуто подъ прямымъ угломъ. Пассивныя движенія ограничены и болѣзнены. По вечерамъ больной лихорадитъ. Константирована, а ıормальная боковая подвижность колѣна. Опуханіе на мѣстѣ capit fibulae, При выпискѣ больной ходитъ на костылѣ, при выпрямленной конечности.	Согрѣв. компр. Гипсовая повязка.	Выздоровленіе.
43. Петръ Какаринъ. Фельдшеръ. К. П. Б.	27 л.	Нѣск. лѣтъ.	15 дн.	Arthromeningt. fungosa genu dextri.	Pneumonia chronica.	Равномѣрная эластическая опухоль окружаетъ составъ, покровы неизмѣнены. Колѣно анкилозировано подъ тупымъ угломъ, движенія не возможны. На передней поверхности свищи отдѣляющіе гной, лихорадитъ, ночные поты, не былъ оперированъ.	Гипсовая повязка.	Смерть отъ бугор. легкихъ.
44. Егоръ Филиповъ. Крестьянинъ. К. П. Б.	28 л.	6 л.	55 д.	Artophlog genu d.		Тѣлосложеніе, питаніе удовлетворительны. Шесть лѣтъ назадъ болѣзнь началась острымъ воспаленіемъ, 2 года назадъ ухудшеніе лѣченное гипсовой повязкой. Колѣно согнуто подъ тупымъ угломъ увеличено на 4 cmt, болѣзненно, внутренній мыщелокъ бедра увеличенъ и болѣзненъ. Жидкости въ составѣ нѣтъ, активныя движенія сильно ограничены.	Горячіе компр.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Николай Цвѣтковъ. Крестьянинъ. К.П. Б.	28 л.	6 м.	$2^1/_2$ м.	Arto-meng. genu dextri fungosa.		Колѣно согнуто подъ тупымъ угломъ. Равномѣрно опухшіе Patella и составные концы костей утолщены. Выпота нѣтъ. Первые дни лихорадилъ.	Выпрямл. подъ хлороформ. и гипсов. повязка.	Улучшеніе.
46. Шмуль Рудницкій. Еврей. К. Б. В.	29 л.	9 м.	5 м.	Artrophlogosis granulosa genu dextri		Опухоль сочлененія появилась вслѣдствіе простуды; черезъ полгода на внутренней поверхности образовался свищъ, изъ котораго вышелъ кусочекъ некротизированной кости. Раны были залѣчены и составъ возвратился къ нормѣ. За $1^1/_2$ мѣсяца до поступленія въ клинику появилась опухоль въ томъ же составѣ, опухоль горяча, напряжена. Составные концы костей сильно вздуты. Нижняя половина бедра утолщена вслѣдствіе экзостозовъ. На передней поверхности, въ нижней $^1/_3$ бедра абсцессъ, который будучи вскрытъ сообщался съ составомъ выполненнымъ гранулезными массами. Пассивныя движенія въ колѣнѣ вполнѣ возможны.	Вскрытіе абсцесса. дренажъ шино. Вскрытіе состава и 2 затековъ дренированіе и промывка полости состава.	Выздоровленіе. (Сохраненіе подвижности колѣна)
47. Зиновій Зиминъ. Городской учит. К. Б. В.	30 л.	3 г.	3 м.	Artrophlogosis genu dextr.	Pleuritis 2 раза ileo typhus уплотненіе легочныхъ верхушекъ	Въ правомъ колѣнномъ сочлененіи инфильтратъ мягкихъ частей и костей, преимуществено на внутренней поверхности, которая болѣзненна при надавливаніи. Движенія болѣзненны.	Гипсовая повязка.	Безъулучшенія.
48. Владиміръ Фроловъ. Крестьянинъ. Кучеръ. К. Б. В.	30 л.	2 г.	$6^1/_2$ м.	Gonitis tuberculosa dextra.	Contusio genu dextr.	Два года назадъ очень сильный ударъ по колѣну копытомъ, болѣлъ около $^1/_2$ года. Нога нѣсколько атроф. и укорочена на 4 сант., на счетъ колѣннаго состава, кото-	Горячіе компр. изъ Старо-Русск. соли въ	Безъ улучшенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						рый согнутъ подъ тупымъ угломъ. Колѣно увеличено, по периферіи на 3,75 cmt., представляется шарообразнымъ, измѣнены передняя и боковая стороны состава, преимущ. внутренняя. Покровы его сильно напряжены, составъ болѣзненъ, особенно condyl interm femoris.	60° 2 р. въ день. Вытяженіе. Игнипунктура Condyl intern femor. et. tuber tibiaue.	
49. Тимофѣй Егоровъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	31 г.	5 л	3 м.	Ostitis femoris sin.		Болѣзнь развилась незамѣтно. Послѣдніе 15 мѣсяцевъ онъ не въ состояніи ходить. St. Praes. Лѣвое колѣно полусогнуто, голень поворочена внутрь. Составъ увеличенъ въ $1^1/_2$ раза. Мыщелки припухли и болѣзненны, равно болѣзненно и все лѣвое бедро. Patella фиксирова, кожа надъ составомъ слегка отечна, напряжена. Жидкости въ составѣ нѣтъ. Пассивныя движенія весьма ограничены и болѣзненны.	Смазываніе Trajodi. Согрѣвающій компресъ Мушки. Съемнонеподвижная повязка.	Незнач. улучшеніе пассивныхъ движеній
50. Марія Озерова. Жена купца. К. Б. В.	31 г.	16 м.	44 дн.	Artromening. serosa chrongenu sin.	Genua valga.	Тѣлосложеніе и питаніе отличные. Страданіе развилось вслѣдствіе травмы. Лѣчилась $2^1/_2$ м-ца гипсовой повязкой, затѣмъ стемнонеподвижной, безъ улучшенія и затѣмъ теплыми морскими ваннами, со слабымъ успѣхомъ. Въ составѣ и стѣнкахъ его умѣренное скопленіе жидкости. Ощупываніе его и костей болѣзненно. Пассивныя движенія возможны. Rotatio и боков. подвижность увеличены. Всѣ борозды и углубленія сглажены.	Отвлекающія. Постоянный токъ. Бинтов. Туторъ.	Значит. улучшеніе.
51. Осипъ Алексѣевъ. Крестьянинъ. К. П. Б.	35л.	3 г.	8 м.	Artromeningitis fungosa genu dextri.		Болѣзнь началась вслѣдствіе ушиба ноги въ выпрямленномъ положеніи. Колѣно припухло въ особенности въ области внутренняго мыщелка а составные концы костей припухли и болѣзненны.	Съемнонеподвижная повязка. Trojodi.	Значит. улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
52. Антонъ Юркіянъ. Отставной рядов. К. Б. В.	39 л.	2 г.	20 дн.	Gonitis tuberculosa sin.	Хроническое воспаленіе легкихъ, порокъ сердца и альбуминурія.	Колѣно увеличено въ объемѣ на 1 cmt., болѣзненно, существуетъ ненормальная подвижность справа на лѣво, снутри состава свищи, выдѣляющіе жидкую сукровицу; зондъ уходитъ въ рыхлыя массы. Опухоль эластической консистенціи, въ области нар. мыщелка зыбленіе. Болѣзнь развилась послѣ ушиба. Лежалъ въ больницѣ, гдѣ ему были сдѣланы проколы, разрѣзы и дренажъ колѣна. При поступленіи въ клинику лихорадилъ 9 дней.	Вскрытіе и промывка состава. Съемно неподвижная повязка.	Незначит. ухудшен.
53. Петръ Зистевичъ. Отставной. ряд. К. Б. В.	47 л.	5 м.	2 м.	Synonitis genu sin.	Pneumoniachron. въ теченіи 12 лѣтъ.	Тѣлосложенія и питанія умѣреннаго. Скопленіе жидкости въ составѣ началось безъ видимой причины и достигло значительной степени, выполняя какъ полость состава, такъ и соединенныя съ нею сумки. Движенія ограничены и болѣзненны. Составные концы костей болѣзненны.	Игнипунктура.	Выздоровленіе.
54. Семенъ Пивоваровъ. сынъ Крестьян. К. Б. В.	$3^1/_2$ г.	9 м.	$2^1/_2$ м.	Artrophlog. genu sin.	Коклюшъ. золотуха.	Крѣпкаго тѣлосложенія, два года назадъ при хожденіи началъ хромать, потомъ пересталъ ходить. Лѣчился ваннами и повязкою. Колѣно анкилозировано подъ угломъ, веретенообразно припухло. Составные концы костей утолщены и болѣзненны. Составъ (при опер.) содержитъ клочковатый гной, составные хрящи изъѣдены, мягкія части инфильтрированы гноемъ. Концы костей воспалены. Послѣ операціи лихорадилъ. Предложена ампутація.	Выпрямленіе, Artrectomia выскабливаніе хрящей и костей.	Безъ успѣха.
55. Сергѣй Гордѣевъ. Сынъ солдата. К. Б. В.	4 г.	2 г.	$5^1/_2$ м.	Synovitis fungosa genu sin.		Опухоль лѣваго колѣна почти круглой формы. Движенія невозможны, мыщелки припухли и очень болѣзнены. Колѣно	Бинтованіе и вытяже-	Ухудшен. и образов. нарыва.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						согнуто. Происхожденіе болѣзни приписываетъ ушибу. Въ прошломъ году лѣчился гипсовой повязкой 6 м-цевъ безъ улучшенія. Черезъ 3 мѣсяца безъ успѣшнаго лѣченія вытяженіемъ въ клиникѣ, обнаруженъ инфильтратъ подъ колѣномъ иranул. массы по бокамъ надколѣнника, а равно и зыбленіе. Нарывъ вскрылся in fossa poplitea, зондъ входитъ въ полость состава, натыкаясь на губчатыя массы. При операціи оказалось, что вся m. synov. пропитана фунгозн. массами. Съ наружи былъ периартикулярный абсцессъ. Хрящи на tibia разрушены и въ наружн. мыщелкѣ ея язва, проникающая въ діафизъ кости (туберкулезный очагъ).	ніе по Фолькману. Ванны изъ горячаго 50° песка. Arthrectomia по Фолькману.	Выздоровленіе, заживлен. per primam intentionem.
56. Николай Кривцовъ. Сынъ чиновника. К. Б. В.	7 л.	4 г.	3 м.	Gonitis fungos d.		Слабаго тѣлосложенія, питаніе плохое. Въ теченіе 4 лѣтъ лѣчился отвлекающими средствами безъ успѣха. Образовались нарывы, свищи и анкилозъ колѣна, подъ тупымъ угломъ. Опухоль идетъ отъ средины бедра до средины колѣна, веретенообразной формы. Плотная, не флуктуируетъ. Изъ свищей обильное отдѣленіе гноя. Синовіяльная оболочка выстлана грануляціями, хрящи разрушены, эпифизы размягчены съ гнойными фокусами.	Ампутація.	Выздоровленіе.
57. Александра Свинарская. К. Б. В.	16 л.	7 л.	27 д.	Ankylosis genu et caries femoris sin.		На 9 году жизни развилось воспаленіе колѣннаго состава, продолжавшееся около 2 лѣтъ и поведшее къ образованію язвочекъ, выдѣлявшихъ гной и анкилозу подъ прямымъ угломъ. Язвы закрылись	Resectio Arthrectomia. Ignipunctura.	Безъ успѣха.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						черезъ 3 года, на 14 году сдѣлана резекція колѣна и такъ какъ остался свищъ то секвестротомія, а позже выскабливаніе съ игнипунктурой. Больная нога укорочена на 12 cmt, колѣно анкилозировано подъ угломъ. Головка fibulae прощупывается легко. На мѣстѣ tibiae (сочленов. пов.) костная масса неопредѣленной формы. На верхне внутренней. верхности рубца (послѣ резекціи) язва, дно которой образовано остеопорозной рыхлой os femoris.	Выскабльваніе гальванокаутеризація.	Улучшен. мѣстнаго процесса.
58. Ефимъ Леонтьевъ. Мѣщанинъ. К. Б. В.	24 л.	11 л.	28 д.	Artrophlogosis genu sin.	Polyartritis acuta 11 л.	Значительное истощеніе, за годъ до поступленія въ клинику была сдѣлана ему резекція лѣваго колѣна. Рана зажила первымъ натяженіемъ но внутри состава было нагноеніе (38°—40°). Черезъ 2 мѣсяца прижиганіе въ видѣ 3-хъ полосъ кожи вдоль состава и 4 игнипунктуры костей. Еще мѣсяцъ спустя трефинація обоихъ мыщелковъ съ выскабливаніемъ губчатаго вещества; послѣдовало значительное улучшеніе и наложена съемно неподвижная повязка, съ которой больной ходитъ. На мѣстѣ резекціи—срощеніе костей; на наружной, передней и задней поверхности состава свищи, выдѣляющіе незначительное колич. гноя.	Резекція. Трефинація. Повязка. Внутреннее.	Получ. незнач. облегченіе.
59. Софія Мустоненъ. Финляндка. К. Б. В.	24 л.	6 м.	12 д.	Tumor albus genu dextri.	Pneumonia chronica нѣсколько лѣтъ.	Нога больна съ полъ года, лѣчилась въ маріинской больницѣ, гдѣ ей былъ сдѣланъ разрѣзъ. Колѣно анкилозировано подъ прямымъ угломъ, веретенообразно припухло, всѣ контуры совершенно сглажены, patella неподвижна. На наружной	Разрѣзъ. Ампутація въ средней $^1/_3$ бедра.	Ухудшеніе Смерть отъ истощенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						стороны свищи, ведущіе къ изъѣденному мыщелку femoris. Голень отечна. Общее состояніе плохое, поносъ, лихорадитъ. При операціи обильное кровотеченіе изъ венъ.		
60. Александръ Крайновъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	30 л.	3 г.	$4^1/_2$ м.	Artrophlogosis genu sin.	Serophulosis.	Колѣно (лѣвое согнуто на 30° и опухло (въ видѣ веретена) равно какъ и всѣ суставные концы костей. Борозды по бокамъ patellae сглажены и по бокамъ ея ложная флюктуація. Движенія сильно затруднены. При операціи оказалось, что синовіяльная оболочка вся проросла грануляціями, равно какъ и связки. Межсоставныхъ хрящей не существовало передняя составная часть tibiae обнажена. На обоихъ мыщелковъ бедра поверхностныя костныя язвы, тоже и на задней поверхности patellae. Верхній заворотъ состава наполненъ грануляціями. Bursa mucusa suprapatellaris растянута гноемъ. Послѣ операціонное теченіе лихорадочное, рана заживаетъ путемъ нагноенія.	Бинтованіе эластич. бинтомъ и вытяженіе. Гипсовая. повязка Резекція колѣна.	Выписана на пути къ выздоровленію.
61. Иванъ Михайловъ. Портной. Мѣщанинъ. К. Б. В.	30 л.	3 г.	1 м.	Artrophlog. tuberculosa genu sin.		12 лѣтъ страдаетъ хроническимъ легочнымъ процессомъ и алкоголизмомъ. Ушибъ колѣно 3 года назадъ. 5 мѣсяцевъ назадъ лежалъ въ больницѣ гдѣ на внутреннемъ мыщелкѣ вскрылся нарывъ. Выписался, не ожидая заживленія нарыва и опять нѣсколько разъ ушибалъ колѣно. Колѣно согнуто подъ 90°, анкилозировано, движенія невозможны, контуры сглажены, связочный аппаратъ инфильтрирована и мыщелки утолщены. Составъ крайне болѣзненъ. При изслѣдованіи сумочный	Amputatio въ нижней $^1/_3$ бедра.	Заживленіе культи. Смерть отъ общаго туберк.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						аппаратъ, связки хрящи и окружающія составъ мягкія части проросли грануляціонными массами, и мѣстами совершенно разрушены. Синовіяльная оболочка сплошь гранулезно перерождена и составные концы костей размягчены, въ нихъ отдѣльныя туберкулезныя гнѣзда, въ содержимомъ которыхъ найдены коховскія палочки. При вскрытіи хроническій туберкулезъ обоихъ легкихъ, жировое перерожденіе сердца, мускатная печень, камни желчнаго пузыря. Свѣжій туберкулезный процессъ въ почкахъ (сѣрые узелки) туберкулы и эрозіи на слизистой гортани и голосовыхъ связкахъ.		
62. Никита Филиповъ. Крестьянинъ. К. П. Б.	30 л.	7 л.	5 м.	Tumor albus genu dextri.		Опухоль занимаетъ все колѣно, при этомъ на переднемъ краю подъ самой patella свищъ, черезъ который вытекаетъ громадное количество серозной жидкости. На внутренней пов. верхней $^1/_3$ tibiae гнойникъ по вскрытіи котораго выдѣлялось обильное количество гноя, сдѣланъ проколъ увеличившагося въ объемѣ колѣна, при чемъ вытекло много серозной жидкости затѣмъ больной перенесъ рожу, послѣ которой у него развилось нагноеніе паховыхъ железъ и новый свищъ снаружи колѣна. Наконецъ бедро ампутировано, вслѣдствіе артеріяльнаго кровотеченія изъ свища повторявшагося нѣсколько разъ и которое не могло быть остановленнымъ, смерть тотчасъ послѣ операціи отъ острой анеміи, колѣнный составъ разрушенъ, составные концы костей смѣщены.	Согрѣват. компр. Ампутац.	Ухудшеніе процесса. Смерть отъ кровотеченія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. Варвара Сильковская. Жена чиновника. К. Б. В.	35 д.	6 л.	66 д.	Gonitis chron. sin.	Contusiones genu sin et subluxatio. Хроническій катт. дыхат. вѣтвей.	23 года назадъ былъ ушибъ колѣна (лѣваго) явленія воспаленія котораго вскорѣ прошли но по временамъ являлись боли и неловкость въ колѣнѣ, особенно усилившіеся около 6 лѣтъ назадъ, послѣ паденія. Вслѣдствіе чего она лѣчилась постояннымъ вытяженіемъ, съемно неподвижной повязкой. Периферія колѣна увеличена на 3 cmt, наружный мыщелокъ увеличенъ. Patella сдвинута вправо. Genu valgum въ небольшой степени и subluxatio кзади. Вся область колѣна болѣзнена. Нога укорочена на 9 cmt. При операціи внутренніе мыщелки изъѣдены, нижняя треть бедра представляла на видъ явленія ostoporosis. Теченіе раны безлихорадочное.	Резекція колѣна по Мекензи Текстору.	Выздоровленіе.

XII. Кости голени.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Луиза Асмусъ К. Б. В.	21 г.	5 м.	$16^1/_2$ мѣс.	Ostomyellitis chr. tibiae d.	Scurophulosis (adenitis otorhoea) ileotyphus (въ дѣтствѣ).	Малокровна, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительны. Болѣзнь развилась послѣ ушиба и подъ вліяніемъ лѣченія отвлекающими и kj. улучшилась. Утолщеніе tibiae идущее преимущественно по crista, безъ рѣзкихъ границъ, болѣзненное. При операціи оказалось, что колѣно и мозговая полость заросли, окружающая кость спонгіозна.	Секвестротомія. Трефинація и игнипунктура и повторено.	Выздоров.
2. Давидъ Денсманъ. Рядовой. К. Б. В.	17 л.	5 л.	2 м.	Cories malleoli externi pedis	Явленія уплотн. верхушекъ	Вслѣдствіе ушиба развилось воспаленіе праваго голеностопнаго состава. Былъ лѣченъ въ околодкѣ ноподвижной повяз-	Смазыв. Tjodi. Съемно-	Развитіе туберкулоза легкихъ.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
				dextra.	праваго легкаго.	кой. черезъ нѣсколько времени по выпискѣ появилась боль и опухоль составовъ. При изслѣдованіи опирается на наружный край стопы. Голеностопный составъ не измѣненъ, но malleolus externus рѣзко увеличенъ припухъ, болѣзненъ, опухоль надъ нимъ эластична, флуктуируетъ. По вскрытіи послѣдней обнаружена изъѣденная порозняя кость, на которой рыхлыя грануляціи. Въ дальнѣйшемъ теченіи постепенно образовалось 6 абсцессовъ, давшихъ столько же свищевыхъ ходовъ (всѣ въ области ладыжки) больной лихорадитъ. Къ тому же присоединилась рожа. При выпискѣ больнаго свищи зажили но есть рѣзкія явленія пораженія легочныхъ верхушекъ и ограниченной подвижностью правой стопы.	неподвиж. повязка. Разрѣзъ.	вслѣдств. самораженія. Ухудшеніе мѣстнаго процесса
3. Дмитрій Лавровъ. К. П. Б.	25 л.	3 г.	5 м.	Necrosis tibiae dextr.	Artro phlog genu dextr.	На задней поверхности колѣна, ниже сочленовной линіи свищевой ходъ ведущій къ обнаженной tibia, ниже его другой Оба отверстія произошли вслѣдствіе вскрытія 2 мѣсяца назадъ нарывовъ. Опухоль же и боли въ колѣнѣ явились 5 мѣсяцевъ назадъ. Въ клиникѣ изъ нарывовъ выдѣл. мелкіе секвестры.	Повязка. Разрѣзъ и выскабливаніе вторично.	Выздоровленіе.
4. Марія Безсопова. Дворянка. Изъ чахоточной и золотушной семьи. К. Б. В.	25 л.	21 г.	53 д.	Osteomyellitis chron. tibiae dextrae.	Scrophulosis (adenitis eczema, otorrhoca).	На 4-мъ году жизни ушибла tibiom dextr. образовался нарывъ, по вскрытіи котораго вынутъ небольшой секвестръ. Рана 2 года по временамъ открывалась. Все время подвергалась общему лѣченію Вскрытые нарывы послѣ операціи не зажили не смотря на общее лѣченіе и ванны.	Выскаблив. свищей. Трефинація и игнипунктура.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						Въ tibia d. 5 свищей изъ которыхъ немного гноя, въ глубинѣ некротическая кость. Мускулатура голени атрафирована Въ клиникѣ вынутъ неб. секвестръ. Не лихорадитъ.		
5. Войцѣхъ Феодоровичъ, Дворянинъ. Изъ чахоточной семьи. К. Б. В.	28 л.	8 л.	30 дн.	Osteomyellitis tuberc. tibiae s.	Scrophulosis scarlatina et variola.	Питаніе хорошо, нѣсколько анемиченъ. Появилось равномѣрное опуханіе голени, съ образованіемъ нарывовъ, по вскрытіи которыхъ боли прекратились. 4 мѣсяца лѣчился въ больницѣ, гдѣ были сдѣланы еще разрѣзы и образовались нарывы. Верхнія $^{2}/_{3}$ tibiae значит. утолщены. Черезъ свищъ, зондъ не прощупыв. обнаженной кости. Суставы свободны. Железы увеличены. При операціи склерозъ средины tibiae и разрощеніе костно мозговой полости. Въ верхнемъ же эпифозѣ остеопорозъ (отдѣльное гнѣздо) первые дни лихорадилъ.	Секвестротомія и трефинація	Вытяженіе.

XIII. Стопа.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Елена Масленникова. Мѣщанка. К. П. Б.	16 л.	Нѣск. лѣтъ.	8 м.	Caries pedis sin. et os. metatarsi I dextri.		Соотвѣтственно наружной лѣвой ладыжкѣ 2 свища, кожа въ ихъ окружности красна. Область всего состава инфильтрирована; опухоль относится къ костнымъ частямъ стопы, именно къ наружной ладыжкѣ, наружной поверхности tibae, calcanei. Всѣ эти части болѣзненны. На правой стопѣ свищъ, ведущій къ секвестру находящемуся въ утолщенной и болѣзненной къ давленію os. metatarsi I.	Гипсовая повязка. Evidement.	Ухудшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						Свищи на лѣвой ногѣ ведутъ къ твердымъ секвестрамъ. Послѣ удаленія секвестровъ константировано распространеніе процесса на клиновидныя и кубоидную кости.		
2. Иванъ Павловъ Крестьянинъ. К. П. Б.	17 л.	2 г.	3 м.	Caries pedis dextri.	Хронич. легочн. процесъ.	Въ окружности прав. голенностопнаго состава опухоль. Кожа красна. На ней рубцы отъ заживщихъ свищей. Соотвѣтственно os. naviculare, свищи ведущіе къ изъѣденной кости. Функція состава сохранена. Въ клин. появилось опуханіе соотвѣтственныхъ паховыхъ железъ. Больной все время лихорадитъ.	Съемнонеподв. повязка. дренажи.	Безъ улучш.
3. Марія Рудюкъ дочь унтеръ-офицера. К. П. Б.	17 л.	7 дн.	2 м.	Tarsitis dextra acuta.		Явленія воспаленія состава развились безо всякой причины. Правая стопа въ области tarsi et metatarsi припухла, кожа покраснѣла, опухоль вверхъ до голѣнностопнаго состава, контуры котораго не ясны. Опухоль эластическая. Движенія неограничены и безболѣзненны, но на ногу не можетъ наступать. Боль при ощупываніи у основанія метатарсальныхъ и тарсальныхъ костей, на этихъ же мѣстахъ болѣе рѣзко выражена и краснота.	Смазан. T. jodi. согрѣв. компр. Повязка.	Выздоровленіе.
4. Николай Семеновъ Уч. Пирот. шк. К. П. Б.	18 л.	2 г.	4 м.	Caries calcanei sin.		Въ области пяточной кости на наружной поверхности стопы, свищевая язва, черезъ которую ощущается рыхлая кость. Наружная поверхность стопы припухла. Въ области скарповскаго треугольника образуется абсцессъ, вслѣдствіе нагноенія лимфатическихъ железъ. При выпискѣ свищъ не зажилъ, но кость не ощупывается, опухоль мягкихъ частей	Согрѣв. компр.	Незнач. улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Марія Ефимова Крестьянка. К. П. Б.	18 л.	$1^1/_2$ г.	11 м.	Artrophlog tibio tarsalis fungosa sin.		Окружность голеностопнаго сочлененія увелич. на 5,5 cmt. Опухоль кругомъ, упруга. Всѣ движенія крайне ограничены и болѣзненны. Около ладыжекъ узкіе свищи, при движеніяхъ тренія нѣтъ. Мыщелки припухли. Въ Клиникѣ новые періартикулярные абсцессы, въ глубинѣ которыхъ разрыхленная кость, покрытая грануляціями и въ составѣ обнаруженъ шумъ тренія. Лихорадитъ по временамъ.	Выпрямленіе. (подъ хлороф.) гипсовая повязка. Впрыскиваніе ArgentiNitr. въ свищи.	Ухудшеніе процесса.
6. Иванъ Андреевъ. Рядовой. К. П. Б.	21 г.	Нѣск. лѣтъ.	2 м.	Artromeningtis fungosa art. tibio tars dextr.		Ограниченіе движеній и боли въ правомъ голеностопномъ сочлененіи, представляющемся въ состояніи pedis equini. Послѣ ушиба процессъ обострился. St. Praes. опухоль соотвѣтственно голеностопному составу, распространяющаяся на нижнюю половину голени, очень болѣзненная, не флюктуирующая, пассивныя движенія очень болѣзненны. Въ клиникѣ ухушеніе процесса, больной сталъ лихорадить, образовались свищи.	Лѣченіе выжидат.	Ухудшеніе процесса.
7. Фелиціанъ Могилевскій. Рядовой. К. П. Б.	22 г.	Съ дѣтст.	$2^1/_3$ м.	Tarsitis chron. sin.		До поступленія на службу существовала болѣзненность и припухлость тыла стопы. Полтора мѣсяца больной слегъ. Sr. Pres. тѣлосложенія хорошаго, крѣпкаго. На срединѣ тыла стопы припухлость, спускающаяся по внутреннему краю ея на подошву. Опухоль мало болѣзненная, флюктуирующая, соотвѣтствуетъ костямъ tarsi. Движенія во всѣхъ сочлененіяхъ стопы сильно ограничены. 4 рубца отъ старыхъ заживших свищей. При разрѣзѣ на тылѣ стопы неб. колич. гноя. Выписанъ съ не вполнѣ зажившими свищами и возможностью опираться при ходьбѣ на ногу.	Согрѣв. компр. Разрѣзъ. Повязка.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Лазарь Гляусъ рядовой. К. П. Б.	22 г.	около года.	5 м.	Artromenig. chron tibiotarsalis d.	Scorbutus въ клиникѣ.	Страданіе развилось послѣ паденія. Голенно-стопный суставъ спереди не измѣненъ, сзади же опухшій и контуры лодыжекъ сглажены. Движеніе пассивное затруднено вслѣдствіе боли и активная почти невозможны. Кости при ощупываніи болѣзненны. Не лихорадитъ.	Покой. Повязка.	Выздоровленіе.
9. Ерофѣй Кушалъ рядовой. К. П. Б.	22 г.	6 нед.	3 м.	Tarsitis fungosa sin.		Заболѣлъ безъ видимой причины. Вся стопа равномѣрно припухла и отечна, съ покраснѣвшей кожей на тылѣ. На подошвѣ фистулезный ходъ, выдѣляющій жидкій гной; на тылѣ стопы флюктуація ненормальная подвижность въ области метатарсальныхъ костей. Свищи проходятъ въ плюсневой составъ (2-ой на тылѣ стопы).	Согрѣв. компресы	Ухудшеніе.
10. Петръ Ѳаворовъ Студентъ унив. К. Б. В.	23 г.	4 м.	38 д.	Artrophlogosis granulans art. talocruralis dextr.	Scrophulosis.	Болѣзнь началась опухолью состава, которая была лѣчена іодомъ и съемно неподвижною повязкой. Больной все время ходилъ. Окружность состава увеличена на 4,5 cmt, въ особенности у наружнаго мыщелка, углубленія по бокамъ сглажены. Нога въ положеніи p. equini, опухоль образована на счетъ разрощенія костной ткани tibiae et fibulae. Кожа надъ опухолью отечна и синевата, движенія сильно ограничены.	Игнипунктура Гипсовая повязка.	Значит. улучшеніе.
11. Спиридонъ Кудряшевъ. крестьянинъ. К. П. Б.	23 г.	нѣск. лѣтъ.	$3^1/_2$ м.	Artromenig chronica art tibiotarsal.		Болѣзненность при ступаніи на обѣ ноги, въ обоихъ голенностопныхъ сочлененіяхъ. Оба состава представляютъ припухлость, облегающую ихъ кругомъ, но наиболѣе ясно выраженную со стороны лодыжекъ. Движенія рѣзко ограничены и болѣзненный лѣвый составъ пораженъ ме-	Согрѣв. компресъ. Съемнонеподвижн. повязка. мушка.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Сергѣй Коноваловъ. Рядовой. К. П. Б.	24 г.	8 м.	$10^1/_2$ м.	Tarsitis sin.		Лѣвая стопа отечна и болѣзнена, голенностопное сочлененіе свободно. Движеніе пальцами безболѣзненно. Боль при надавливаніи, припухлось занимаетъ тылъ и боковыя поверхности стопы. При выпискѣ ходьба затруднительна, вслѣдствіе не возможности опираться на больную ногу. По вечерамъ лихорадитъ.	Согрѣв. компр Съемнонеподвижн. повязка.	Незнач. улучшен.
13. Войцехъ Кормарчикъ. Рядовой. К. П. Б.	24 г.	5 м.	5 м.	Artrophlogosis fungosa tibio tarsalis sin.		Лѣвый голенно-стопный составъ припухъ, преимущественно въ области обоихъ мыщелковъ. Подвижность его сохранена, боли при хожденіи и давленіи. Процессъ въ клиникѣ обострялся нѣсколько разъ. Больной лихорадилъ и констатирована флюктуація въ составѣ. Во время пребыванія въ клиникѣ легкій скорбутъ.	Холодные компр. Съемнонеподв. повязка.	Ухудш. процесса.
14. Михаилъ Плаховъ. Почетный гражданинъ. К. П. Б.	27 л.	3 г.	43 дн.	Tarsitis dextr.	Ulcera cutis. scrop. Exarticulatio hallucis. dextri.	Развилось страданіе наружныхъ покрововъ всей правой стопы, перешедшее на бедро. Такія же пораженія кости явились на спинѣ и лѣв. плечѣ. Три года назадъ появилось опуханіе той же стопы безъ болей. Отъ поряженія кожи лѣчился выскабливаніемъ язвъ и удаленіемъ hallucis д., выписался неизлѣченнымъ. Правая стопа покрыта тонкой рубцевой тканью. На рубцѣ (послѣ удаленія hallucis) а равно на os. cuneiforme I фистулезные отдѣляющіе гной ходы, кость зондомъ не ощущается. Боли въ ногѣ очень сильны. При операціи выскоблены I и II клиновидныя, часть III и I os. motatarsi. кости мягки порозны легко выскабливаются острой ложкой.	Evidement острой ложечкой. Открытое лѣченіе. Компр. изъ Буровскаго раствора.	Отецъ умеръ отъ воспален. легкихъ.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Автотья Волкова. Крестьянка. К. П. Б.	32 г.	$5^1/_2$ м.	4 м.	Artromeningitis chron. pedis dextr.		Въ области праваго голеностопнаго сочлененія неравномѣрная припухлость. съ выпячиваніемъ спереди mall. externi et interni незначительная болѣзненность при движеніяхъ, флюктуація.	Съемнонеподв. повязка.	Выздоровленіе.
16. Алексѣй Николаевъ. Чиновникъ. К. П. Б.	34 л.	$1^1/_2$ г.	2 м.	Necrosis ossis metatarsi I dextri.		На тылѣ стопы разлитая припухлость мягкой консистенціи болѣзненная, флюктуирующая, распостраняющаяся на внутреннюю и отчасти подошвенную поверхность. На тылѣ, соотвѣтственно сочлененію I-го пальца съ os. metatarsi, язва ведущая къ обнаженной почти на всемъ протяженіи os metatrsi I. За тѣмъ затеки распространились на область os. naviculare и cuneiforme I. Извлеченъ секвестръ помѣщавшійся въ капсулѣ, именно вся os. tatarsi, оказавшаяся порозной.	Разрѣзы, Дренажъ. Согрѣв. компр. Секвестротомія.	Выздоровленіе.
17. Александръ Тимофѣевъ. Писарь. К. П. Б.	35 л.	4 м.	$1^1/_2$ м.	Artromening tibio tars. Caries malleoli externi.	Pneumonia chron. (1 годъ).	Вслѣдъ за дисторсіей состава, развилась болѣзненность лѣвой голени и стопы, контуры голенностопнаго состава сглажены, опухоль болѣе выражена на наружной сторонѣ, мыщелокъ которой увеличенъ и при ощупываніи болѣзненъ. Движенія свободны, но на ногу не становится вслѣдствіе боли. Въ легкихъ хроническій верхушечный процессъ съ кровохарканіемъ и лихорадочнымъ состояніемъ.	Согрѣв. компр. повязка.	Улучшеніе мѣстнаго процесса.
18. Григорій Красильниковъ. Почетный Гражд. К. Б. В.	35 л.	2 г.	14 дн.	Caries calcanei sin.		Язва на внутренной сторонѣ голенностопнаго сочлененія отъ tendo Achillis до articul talo naviculare, существующая около 4 м-цевъ. Опухоль и боль въ сочлененіи; на днѣ язвы свищевой ходъ, ведущій къ обнаженной кости.	Выскабливаніе ossis calcanei.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Александръ Сланцевъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	37 л.	Съ дѣтст.	1 м.	Caries ossium tarsi et meta tarsi sin.	Synovitis acuta genu d.	Лѣвая стопа отъ рожденія меньше правой и не имѣетъ мизинца. Съ дѣтства на подошвѣ были свищи изъ которыхъ выдѣл. косточки. Костные выступы на наружной поверх. стопы сглажены. 3 и 4-й палецъ въ видѣ пуговчат. возвышеніи, рубцы на тылѣ и подошвѣ по наружному краю стопы. Границы отдѣльныхъ костей на стопѣ не прощупываются. Голенно-таранное сочлененіе утолщено въ окружности, таранная кость лежитъ впереди мыщелковъ; отъ пяточной осталась передняя половина. Свищевое отверстіе на тылѣ стопы соотвѣтств. 2-й oss. metatarsi, выполнено гранул., равно и свищъ на подошвѣ въ области свода ея, въ глубинѣ обоихъ обнаж. кость. За недѣлю до поступл. synovit acuta gen udextri излѣченная компрессами.	Разрѣзъ допяточ. кости, выскабливаніе и игнипунктура.	Улучшеніе.
20. Іосифъ Козинцевъ. Чиновникъ. К. П. Б.	41 г.	3 г.	13 д.	Arthrophlogos. artic. talocrurolis sin.	Distorsio pedis sin.	Послѣ дисторсіи развилась болѣзненность наружнаго мыщелка и припухлость состава съ лихорадочнымъ теченіемъ t°. Сдѣлана игнипунктура этаго мыщелка, послѣ которой выписанъ съ вполнѣ здоровымъ и удобоподвижнымъ составомъ. Около 3 м-цевъ назадъ появились боли въ томъ же составѣ и нарывъ на его наружной поверхности, давшій начало существующему свищу, въ глубинѣ котораго обнаженная кость. Движенія состава свободны; неб. болѣзненность os. navicubar et cuboidei. Больной на операцію не согласенъ.	Игнипунктура	Безъ улучшен.
21. Вацлавъ Клещинскій. К. П. Б.	43 г.	2 г.	$1^1/_2$ м.	Artritis fungosa tibiotar-	Tubercul. testiculorum.	Процессъ въ лѣвомъ яичкѣ $1^1/_2$, и въ правомъ 1 годъ, свищи выдѣляющіе гной, опухоль и нарываніе правыхъ паховыхъ железъ. Голенностопное сочлененіе сильно	Гипсовая повязка.	Смерть отъ истощенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
				salis dext.	Въ дѣтст. золотуха и otoerhoae.	опухло. возлѣ molleotus ext. 3 свища. Движенія не возможны. Общее питаніе неудовлетворительно, лихорадитъ. Въ клиникѣ образованіе новыхъ нарывовъ и затековъ на стопѣ.		
22. Марина Кондратьева. Крестьянка. К. Б. В.	52 л.	2 г.	10 д.	Artrophlogosis talotibial. dextr.		На стопѣ въ области голенно-стопнаго сочлененія образовывались нарывы, отдѣлявшіе гной и оставившіе рубцы. Одинъ изъ нихъ существ. при поступленіи въ клинику. Стопа въ положеніи p. equitnus окружность состава на 4 cmt. больше здороваго, стопа болѣзненна и нѣсколько отечна.	Массажъ и пассив. гимн.	Безъ улучшенія.
23. Иванъ Игнатьевъ. Крестьян. К. П. В.	63 л.	3 г.	2 м.	Ostitis pedis sin.	Тифъ.	Болѣзнь началась вслѣдъ за травмой, послѣ которой больной перенесъ тифъ. Опухоль обхватываетъ голенно-таранный суставъ и распространяется книзу до средины стопы. Контуры сглажены. Мыщелки припухли. Свищи отдѣляющіе гной въ глубинѣ ихъ обнаженныя кости, въ которыхъ обнаружены каріозные очаги.	Выскабливаніе и дренажъ.	Выздоровленіе.
24. Андрей Трифоновъ. Крестьянинъ. К. Б. В.	70 л.	$1^1/_2$ м.	9 дн.	Artrophigosis granulans art. talo cruralis d.	Abuminuria.	Этіологическій моментъ ушибъ состава. Составъ сильно припухъ, покраснѣлъ, болѣзненъ. Опухоль образовалась преимущественно на счетъ костей. Въ области t. Achilli ясная флюктуація, тоже и на тыльной поверхности состава. Свищъ.	Вскрытіе нарывовъ.	Безъ улучшенія.
25. Вѣра Державина. Дочь врача. К. Б. В.	4 г.	4 м.	$2^1/_2$ м.	Tarsitis granulans sin.		Тѣлосложеніе хорошее, питаніе умѣренное. Опухоль голенно-стопнаго состава въ особенности рѣзкая въ области ладыжекъ около наружной флуктуирующая; ко-	Резекція.	Неполное выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	9	9
						сти и мягкія части вокругъ состава припухли. Движенія ограничены и болѣзненны. Не лихорадитъ. При операціи tibia et fibula рѣжутся ножемъ синовіальная оболочка поражена грануляц. процессомъ, таранная кость покрыта здоровымъ хрящемъ. Послѣ операціонное теченіе лихорадочное. Выписанъ съ невполнѣ зажившими свищами и опухолью сочлененія, негоднаго еще къ ходьбѣ.		
26. Ольга Комарова. Дочь Крестьян. К. Б. В.	5 л.	2 г.	$5^1/_2$ м.	Artrophlog. articul. talocruralis sin.		Болѣзнь развилаcа послѣ ушиба. 7 мѣсяцевъ назадъ сдѣланъ разрѣзъ въ области состава, выпущенъ гной—наложена гипсовая повязка, послѣ чего послѣдовало улучшеніе. Мускулатура лѣвой ноги атрафирована. Въ области состава веретенообразная эластическая припухлость, преимущественно снаружи, гдѣ находятся два свища отдѣляющіе жидкій гной. Подвижность ограничена, стопа отечна. При выпискѣ движенія вполнѣ возстановились и общее состояніе вполнѣ удовлетворит.	Соленыя ванны. Ph. внутр. Резекція по Гютеру.	Выздоровлен. и образованіе вполнѣ подвижнаго состава.
27. Галактіонъ Никитинъ. Сынъ крестьян. Изъ чахоточн. семьи. К. Б. В.	8 л.	21 д.	4 м.	Tarsitis dextra.	Pneumonia chronica duplex.	Тылъ правой стопы и голенно стопное сочлененіе припухли. Кожа синевато-краснаго цвѣта, напряжена тонка лоснится. Опухоль сверху экстенсоровъ мягка эластична, флуктуируетъ. Движеніе въ голенно-стопномъ суставѣ нормально. Послѣ операціи заживленіе осложнилось нагноеніемъ и образованіемъ затековъ, а равно жировымъ перерожденіемъ грануляціи и cacaries tuber ossis calcanei. Въ результатѣ укороченіе конечности на 2 cmt. и возможность наступать на культю.	Пироговская операція дренажъ.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Александръ Бартъ. Сынъ чиновника К. Б. В.	13 л.	3 г.	5 м.	Caries oss. pedis sin.	Adenitis scrophulosa.	Стопа и голенно-стопное сочлененіе опухли. Ложа напряжена. Свищевыя отверстія соотвѣтственно tarsi. Свищи выстланы грануляціями и выдѣляютъ жидкій гной, скопленіе котораго на подошвѣ. Подвижность голенно-стопнаго сочлененія сохранена. Мыщелки голени атрофированы. При изслѣдованіи отнятыхъ костей 3-я плюсневая поражена каріознымъ процессомъ, эпифизъ отдѣлился отъ діафиза. Разрощеніе грануляціи и узуры на основ. 3-й плюсневой, 3-й клиновидной, 2-й плюсневой, 2-й клиновидной, задней поверхности 1-й клиновидной и ладьеобразной костей. Заживленіе весьма медленное, съ нагноеніемъ, лихорадкой и образованіемъ свищей и гнойниковъ въ лоскутѣ.	Согрѣв. компр. Экзартикуляція. по Шопиру. Дренажъ.	Выздоров.
29. Петръ Нагибинъ. Сынъ мѣщанина. Изъ золотушной семьи. К. Б. В.	13 л.	3 г.	80 д.	Artrophlog. granulans tibiotarsalis dextra. Tarsitis dextra.	Scrophulosis, уплотнѣніе правой легочной верхушки otorrhoea.	3 года назадъ образовалася опухоль состава. а черезъ годъ свищи позади обѣихъ ладыжекъ. Опухоль веретенообразной формы, синевато-краснаго цвѣта. Изъ свищей выдѣляется незнач. колич. гноя, въ глубинѣ ихъ изъѣденная каріозная кость (tibia, fibula сочленовные концы ихъ и tali). Суставъ неподвиженъ. Лѣчился ваннами въ Старой Руссѣ.	Резекція. дренажъ. Фалькматоровъ.	Выздоров. (костный анкил.)
30. Павелъ Ивановъ. Восп. Рем. уч. Изъ золотушн. и чахоточ. семьи. К. Б. В.	13 л.	5 л.		Tarsitis dextra.	Scrophulosis (adenitis ozaena).	Опухоль состава развилась безъ предшествующей травмы. Свищи, черезъ которые выходили секвестры. Лѣчился прижиганіями 4 года солеными ваннами. При резекціи нижніе концы tibiae et fibulae въ состояніи остеопороза, голенно-стопный суставъ косто-анкилозированъ. Выписанъ съ невполнѣ зажившими свищами и средней подвижностью состава.	Прижиг. Минерал. воды (4 года). Резекція Дренажъ	Выздоров.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Павелъ Михайловъ. Крестьянинъ. К. П. Б.	15 л.	3 г,	8 м.	Caries pedis d.		Стопа значительно припухла. Кожа напряжена, слегка отечна. На наружной сторонѣ и на внутренней находятся свищи, отдѣляющіе дов. много гноя. Зондъ натыкается на шероховатыя предплюстневыя кости. Послѣ операціи затеки и образованіе свищей.	Пироговская ампутація.	Выздоровленіе.
32. Мавра Семенова дочь солдата. К. П. Б.	17 л.	8 л.	13 м.	Caries tarsi dextri p. artr. fungosa.		Два года назадъ образовались свищи, изъ которыхъ секвестровъ не выходило. Почти всѣ кости tarsi поражены. Послѣ ампутаціонное теченіе лихорадочное и образованіе затекокъ и свищей. Выписана съ свищами:	Ампутац. по Сайму.	Выздоровленіе.
33. Ольга Веберъ иностран. подданая. К. П. Б.	18 л.	4 г.	6 м.	Caries tarsi sin.	Катарр. правой легочной верхушки	На пяточномъ бугрѣ, въ области таранной и кубовидной кости, свищи, выдѣляющіе гной, въ глубинѣ которыхъ обнажающая отвердѣвшая кость. Движенія въ голенно-стопномъ составѣ весьма ограничены. При операціи оказались пораженными: кубовидная, клиновидная, 3-ая, головка metarsi 3-й и часть calcanei. Констатировано пораженіе костей на лѣвой ручной кисти, каріознаго характера, но активно оно не было лѣчено, а больная отослана на минер. воды.	Резекція. Согрѣв. компр.	Безъ улучш.
34. Михаилъ Войновъ воспит. семин. К. П. Б.	19 л.	Нѣсколько лѣтъ.	6 м.	Ostitis pedis sin.		Въ области тарсальныхъ и метатарсальныхъ костей имѣется разлитая опухоль, съ разсѣянными на ней свищами, изъ которыхъ выдѣлялся гной, въ глубинѣ обнаженныя кости. Послѣ операціонное теченіе лихорадочное и образованіе затековъ.	Согрѣв. компр. Пироговская ампутація.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	10
35. Владиміръ Борисовъ. Студентъ. Изъ чах: семьи. К. Б. В.	20 л.	11 м.	2 м.	Caries fungosa tarsi et metatarsi dextr.	Scrophulosis fractura cruris d.	Соотвѣтственно сочлененію 3—5 плюсневыхъ костей съ предплюсневыми разлитой инфильтратъ, переходящій на сосѣднія части, въ центрѣ его флюктуація. При операціи при разрѣзѣ опухоли удалены творожистыя массы и грануляціонная ткань и пораженныя грануляціознымъ процессомъ часть кубовидной и половина 4 и 5 плюсневыхъ костей.	Резекція. и прижиган. термокаутеромъ.	Выздоровленіе.
36. Николай Васильевъ. Канцелярскій служитель. Изъ чах. семьи. К. Б. В.	20 л.	10 м.	2 м. и черезъ 3 м-ца 10 дней.	Artrophlog. articul. talocruralis		Припухлость на передней поверхности сочлененія, распростр. безъ рѣзкихъ границъ на голень. Консистенція опухоли пастозная, на мѣстѣ шейки astragali флюктуація, откуда выпущенъ аспираторомъ жидкій гной. При операціи оказалось пораженіе концовъ tibiae, fibulae, tali, calcanei et tarsi.	Ампутац. въ нижн. 1/3 голени.	Заж. наг. съ удаленіемъ секвестровъ черезъ 5 м-цевъ пос. амп. нед. обр. костной мозоли.
37. Θедоръ Матвѣевъ. Новобранецъ. К. П. Б.	21 г.	нѣск. лѣтъ.	2 года	Ulcus pedis dextri.		Соотвѣтственно головкѣ I-й метатарсальной кости свищи выдѣл. гной. Такіе же свищи у голенно-стопнаго сгиба. Все время лихорадилъ. Опухоль на тылѣ стопы значительно увеличилась и вскрыта, вытекло много гноя съ крупинками, обнаженія кости не найдено. На подошвѣ вскрыта полость тоже выполненная грибовидными грануляціями. Послѣ операціи появились ознобы, лихорадочное состояніе. Опухоль не увеличивалась. Константировано разрушеніе сочлененій костей, почему стопа отнята. Ознобы и лихорадочное состояніе послѣ операціи не прокращались появилась альбуминурія, поносъ, образованіе затековъ и свищей въ культѣ и общій упадокъ силъ и питанія.	Согрѣв. компр. вскрытіе и выскабливаніе абсцессовъ. Пироговская ампутація.	Смертъ отъ хрон. септицеміи.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Владиміръ Татариновъ. Чиновникъ. К. Б. В.	23 г.	3 г.	16 д.	Caries tuberculi calcanei (послѣ пироговск. операціи) et os. ilei sin.	Scrophulosis Phtysis chron. caries pedis sin.	Вслѣдствіе каріознаго пораженія костей стопы была произведена пироговская операція, послѣ которой заживленіе затянулось и осложнилось лихорад. состояніемъ и тазовымъ нарывомъ. Грануляціи на ранѣ, ведущей къ поясничному абсцесу вены, рана не заживаетъ. Общее состояніе очень плохое facies hyppocratica. Сильно лихорадитъ. При вскрытіи творожистые узлы и каверны въ обоихъ легкихъ. Печень мускатная и увеличена и усѣяна мелкими сѣрыми бугорками. Въ толщѣ mm sterno et hyo thyroid. творожистыя гнѣзда Послѣдніе шейные позвонки на передней пов. шероховаты и обнажены отъ надкостницы. На мѣстѣ лѣвыхъ паховыхъ железъ опухоль изъ творожистой гнойной массы. Въ области наружной повздошной ямки разрѣзъ, ведущій въ гнойную полость на днѣ которой у crista ilei extern обнаженная кость.	Пироговская ампутація.	Смерть отъ общ. туберкул.
39. Прокофій Надеждинъ. Рядовой. К. П. Б.	23 г.	3 м.	$5^1/_2$ м.	Tarsitis fungosa pedis dextri.	Цынга въ клиникѣ.	Вся стопа сильно опухла. Кожа напряжена, отечна. Активныя движенія въ голенностопномъ составѣ болѣзненны. Всѣ тарсальные составы сильно подвижны по всѣмъ направленіямъ. Разгибаніе праваго колѣна неполное, бедро и голень отрафированы. Болѣзнь развилась вслѣдъ за ушибомъ, былъ пользованъ покоемъ, свинцовыми примочками и сѣрой мазью. Процессъ въ клиникѣ ухудшился.	Смазыв. Tragadi. Съемно-неподвижная повязка. Ампутація въ нижн. $^1/_3$ голени.	Выздор.
40. Татьяна Дмитріева. Крестьянка. К. Б. В.	23 г.	5 л.	$7^1/_2$ м.	Caries ossium tarsi sin	Scrophulosis	Позади наружной лѣвой ладыжки, свищи, въ глубинѣ которыхъ шероховатая кость. У верхушки trigoni inguinalis той же	Выскабливаніе каріознаго гнѣзда.	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
				et adenitis scrop. glandul. in fossa inguinal. sin.		ноги свищевое, не доходящее до кости отверстіе. Отдѣленіе гноя незначительно. Причина заболѣванія—паденіе 5 лѣтъ назадъ. Послѣ обѣихъ операціи заживленіе шло крайне медленно, сопровождаясь нагноеніемъ. Зондомъ ощупывались на стопѣ изъѣденныя обнаженныя кости.	въ пяткѣ и черезъ 2 м-ца резекціяcalcanei по способу ollier.	Безъ улучшенія.
41. Эмерихъ Викторъ. Студентъ. М. Х. А К. П. Б.	27 л.	5 м.	$6^1/_2$ м.	Tarsitis sin.		Вполнѣ здоровъ. Покровы стопы инфильтрированы и красны. Движенія болѣзненны и затруднены, не лихорадитъ. Въ клиникѣ образованіе абсцессовъ, въ глубинѣ которыхъ найдено обнаженіе и разрушеніе костей плюсны и вскрытіе составовъ ихъ. Выздоровленіе затянулось вслѣд. образованія свищей.	Холодъ. Повязка Смазыв. Trajodi. вскрытіе абсцесса. Пироговъ. операція. Резекція.	Выздоровленіе.
42. Александръ Сухаревъ. Крестьян. К. П. Б.	29 л.	2 г.	3 м.	Caries pedis sin.		Опухоль развивалась медленно, образовались около составные нарывы и свищи изъ которыхъ выходили секвестры. Опухоль занимаетъ тылъ стопы, внутр. ея поверхность и голенно-стоп. составъ. При операціи оказались пораженными 1 метатарсальная кость и 1 фаланга hallucis, въ которой найденъ казеозный очагъ. Кости эти окружены грануляціями и разрыхлены.		Выздоровленіе.
43. Аграфена Иванова. Крестьянка. К. П. Б.	30 л.	2 г.	$3^1/_2$ м.	Caries pedis d.		Сначала стопа опухла, а черезъ $^1/_2$ года открылись свищи. Первый годъ больная ходила на деревяшкѣ. Стопа обезображена, въ положеніи p. equini; отъ тарсальныхъ костей, опухоль распространяется на голень и на всю стопу. Голено-таранный составъ не нормально подвиженъ, расшатанъ, тоже замѣчается и между костями tarsi. На тылѣ и боковыхъ частяхъ стопы	Amputatio cruris на гран. средней трети.	Выздоровленіе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						свищи, при зондированіи въ глубинѣ ихъ размягченная кость. Зондъ идетъ какъ къ клиновиднымъ костямъ, такъ и къ astragalus. Обильное отдѣленіе зловоннаго гноя.		
44. Дарья Ермолова. Крестьянка. К. Б. В.	30 л.	2 г.	$2^1/_2$ м.	Artro phlogosis metatarso phalangeae hallucis sin.		Область пораженнаго состава припухла, съ наружи и внутри его фистулезному отверстію, выстланному грануляціями, въ глубинѣ обнаженная кость; составъ расшатанъ.	Ампутац metatarsi I.	Выздоровленіе.
45. Прасковья Иванова. Крестьянка. К. П. Б.	31 г.	2 г.	2 г. 2 м.	Ankylosis pedis sin.		Послѣ годичной опухоли и болей въ стопѣ, развился неполный анкилозъ голенно-стопнаго состава. На голени рубцы, вслѣдствіе бывшихъ язвъ. Стопа измѣнила свою форму, значительно утолщена. Пальцы обезображены, утолщены при основаніи, верхушки изъ дов. остры и смотрятъ въ разныя стороны. Послѣ операціи лихорадочное состояніе, нагноеніе паховыхъ железъ и образованіе свищей въ культѣ.	Байнтоновское обвиван. стопы. и бинтованіе голени. Надмыщелков. ампутац.	Выздоровленіе.
46. Семенъ Мартыновъ. Крестьянинъ. Семья золотушна. К. Б. В.	36 л.	26 л.	$3^1/_2$ м.	Tarsitis dextra.	Ulcera et absses cruis dextri.	Шесть лѣтъ назадъ развилось страданіе стопы, въ видѣ нарывовъ. Въ сыпномъ отдѣленіи С.-П.-Б. клиническаго госп. лѣчили въ теченіи 38 дней отъ сифилиса примочками изъ сулемы и впрыскив. Hg. foramidati (15) безъ успѣха пріобрѣтеннаго сифилиса не имѣлъ. Конечность сведена въ колѣнѣ. Стопа увеличена, тылъ ея и область голенно-стопнаго сочлененія покрыты буро-	Пироговская операція.	На пути къ выздоровленію.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						красными разрощеніями, окружающими мелкія отверстія, выдѣляющія гной, ведущія къ обнаженной кости. Легкая ненормальная подвижность костей стопы. До операціи была у больнаго рожа, которая повторилась и послѣ операціи, сопровождаясь образованіемъ нарывовъ и затековъ. Заживленіе очень вялое.		
47. Олимпіада Попова. дочь офицера. К. П. В.	37 л.	$1^1/_2$ г.	$4^1/_2$ м.	Artromeningitis fungosa pedis d.	Верхушечный процессъ.	Правая стопа вслѣдствіе хроническаго воспаленія, продолжающагося около $1^1/_3$ года значительно увеличена въ объемѣ, болѣзненна при ощупываніи въ области голенно-стопнаго сочлененія нѣсколько свищей, отдѣляющихъ гной, при изслѣдованіи зондомъ обнаженъ talus.	Согрѣв. компр. Пирогов. ампутац.	Выздоров.
48. Надежда Вонифантьева. Дворянка. К. Б. В.	43 г.	1 г.	44 дн.	Tarsitis (osteitis rarefaciens) dextra.	Scrophulosis.	Стопа припухла и отечна. Подошвенный сводъ выполненъ. На верхней поверхности свищевые ходы, соотвѣтственно сочлененію ossium naviculare et cuneiforme I, 2-го сочлен. I и II tarso. metatars. и 3-го usinus tarsi. Грануляціи въ нихъ въ состояніи распада. Оба мыщелка припухли. Окружность состава увеличена на 4 cmt., стопы по лисфранковой линіи на 6 cmt. зондъ упирается въ обнаженную кость. При операціи talus и часть calcanei разрушены, malleoli остеопорозны. Мягкія части вялы.	Компр. изъ Буровской жидкости amputaiocrurie. supramasl. дренажъ.	На пути къ выздор.

XIV. Множественныя пораженія.

multiple affections

№ Имя, фамилія, званіе. Свѣд. о семействѣ. Гдѣ лѣч.	Возрастъ.	Сколько времени. болѣнъ	Сколько времени. въ клин.	Діагнозъ.	Бывш. и сопутств. болѣзни.	ТЕЧЕНІЕ БОЛѢЗНИ.	Лѣченіе.	Исходъ.
1. Василій Михайловъ. Сынъ крестьян. К. Б. В.	2 г. 2 м.	1 г.	$2^1/_2$ м.	Spondylitis et osteitis tuberculosa multiplex.	Корь, поносы.	Годъ назадъ появилось искривленіе позвоночника и разсѣянныя узловатыя опухоли въ различныхъ областяхъ тѣла. Искривленіе занимаетъ 9—12 грудные позвонки, при надавливаніи болѣзненно и нѣсколько выпрямляется. На внутренней сторонѣ бедеръ, около внутреннихъ мыщелковъ локтя и въ лѣвой ягодичной области нарывы. Первыя фаланги пальцевъ рукъ утолщены, равно какъ и плюсневыя кости. Затѣмъ образовался еще абсцессъ въ лѣвой поясничной области.	Аспирація гнойниковъ вскрытіе. выскабливаніе и дренажи ихъ.	Безъ улучшен.
2. Ольга Быкова. Дочь крестьян. К. Б. В.	3 г.	$1^1/_2$ г.	1 м.	Polyartis tuberculosa.	Пустулезная сыпь.	Поражены слѣд. составы. Правые локтевой, оба лучезапястные, таранные и колѣнные. Въ области ихъ существуютъ свищевые ходы, выстланные грануляціями, ведущіе къ обнаженнымъ костнымъ поверхностямъ и спаенные съ костями рубцы. Выдѣленіе гноя. У больной существуетъ кромѣ того поносъ.	Согрѣв. компр. въ област. поражен. составов.	Безъ улучшен.
3. Павелъ Канзиферовъ. Сынъ фельдш. Мать чахотная отецъ сифилитикъ. К. Б. В.	5 л.	4 г.	4 м.	Osteomyellitis tuberculosa multip.	Syphilis hereditaria. Pneumonia chron et diarhea, albuminuria.	На 11-мъ мѣсяцѣ появились нарывы на лбу и обоихъ запястьяхъ, а затѣмъ и заболѣло правое колѣно. Лѣчился уже въ больницѣ. Сильно истощенъ, легкій отекъ лица. Правое колѣно анкилозировано, согнуто и припухше. Составные концы ко-	Общее укрѣпляющее лѣченіе.	Смерть отъ истощенія.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						стей утолщены и болѣзненны. Въ области состава свищи. Правый локоть представляетъ аналогичную картину. Въ области метакарп. костей и на лбу глубоко сросшіеся съ костью рубцы. При вскрытіи колѣна составные концы костей покрыты творожистыми массами, хрящи разрушены. Составная поверхность patellae разрушена. Въ эпифизѣ бедра творожистыя гнѣзда. Костный мозгъ краснаго цвѣта. Корковое вещество кости губчато и разрыхлено. Такія же творожистыя гнѣзда и въ верхнемъ эпифирѣ tibiae. Правый локтевый составъ утолщенъ и покрытъ ложными перепонками. Въ легочныхъ верхушкахъ и плеврахъ туберкулы. Въ печени начало цирроза. Саговая селезенка, амилоидъ ея и плекъ, равно слизистости желудка и кишекъ. На послѣд. сифилиса указываетъ интерциціальный хроническій процессъ въ мозгу, рубцы на лбу, печени, селезенкѣ и перикардитъ.		
4. Петръ Красильниковъ. Сынъ купца. К. Б. В.	6 л.	4½ г.	47 дн.	Osteomyell. mult. et contracturo genu dex.	Scrophulos. Spina ventosa.	Отцу больнаго 60 лѣтъ, потаторъ, всѣ дѣти умирали. Тѣлосложеніе и питаніе больнаго удовлетворительны. На 2-мъ году spina ventosa 3-го п. правой кисти, по вскрытіи которой вышелъ секвестръ. Затѣмъ появились язвы на тылѣ ручн. кисти и подъ мышками, опухоль локтеваго состава съ образ. пердарт. абсцесса. Затѣмъ гноящіяся язвы въ различныхъ областяхъ. Около 1½ мѣсяца назадъ ушибъ колѣно, которое распухло, акилозировано подъ прямымъ угломъ, мыщелки его утолщены и болѣзнены. Нелихорадитъ.	Brisement forcé и выскаблив. свищей.	Значит. улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Евгеній Дресенъ. Сынъ чиновн. К. Б. В.	8 л.	$2^1/_2$ г.	53 д.	Spondylitis et artrop. talocalcan. sin.	Scrophulosis et rhachitis.	Питаніе и тѣлосложеніе очень плохія. Страданіе началось воспал. въ лѣвомъ голенностопномъ составѣ, осложнившемся развитіемъ свищей и нарывовъ. Черезъ годъ, константированъ кифозъ спинныхъ позвонковъ съ образованіемъ натечнаго нарыва, который былъ аспирированъ 2 раза, наложенъ корсетъ и лѣвый тарситъ; пробылъ 7 м-цевъ—улучшеніе. Въ настоящее время громадный натечный нарывъ въ области лѣваго тазобедр. состава до средины бедра, тазобедр. составъ здоровъ, нога нѣсколько атрофирована. Процесъ въ составѣ продолжается. свищи выполненны грануляціями. При вскрытіи нарыва обнаженія кости не найдено. Черезъ 2 м-ца по выпискѣ послѣ коклюша, состояніе значительно ухуджилось и вскрылись свищи.	Вскрытіе натечн. нарыва.	Значит. улучшен.
6. Алексѣй Пантелѣевъ С. крестьянинъ. К. Б. В.	8 л.	2 г.	5 м.	Artroplogos gran. mutipl.	Scropulosis. otorhea scarlatina.	Тѣлосложенія и питанія плохаго. Страданіе началось вслѣдъ за скарлатиной гноетеченіемъ изъ уха и костоѣдой лѣваго сосцевиднаго отростка—гдѣ процессъ уже закончился. Затѣмъ развилось воспаленіе праваго голенностопнаго сочлененія, съ образованіемъ нарыва и свища въ области. Ахил. жилы, отдѣляющаго незначит. колич. гноя. Область состава спереди окружена фунгозными массами. Мыщелки болѣзнены. Послѣ игнипунктуры наступило выздоровленіе и почти полное возстановленіе ad integrum, движенія только нѣск. ограничены. Процессъ въ правомъ локтѣ развился нѣск. позже и повелъ къ фиброзному анкилозу, brisement forcè и дви-	Игнипунктура и brisement forcé пассивн. движенія смазыв. Trajodi и шины.	Улучшеніе.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						женія не привели къ результатамъ. Въ клиникѣ развилось гранул. воспаленіе лѣваго лучезап. сочлененія, характер. развитіемъ фунгозныхъ массъ на тылѣ состава, подъ вліяніемъ смазывъ Tra jodi улучшеніе.		
7. Евгенія Веселовская. К. Б. В.	12 л.	4 г.	31 д.	Osteomyellitis mult. chr.	Scrophulosisozaena.	Сильно анемична, вялая. Не лихорадитъ. Страданіе началось развитіемъ абсцесса у лѣв. нар. лодыжки, давшаго начало свищу, черезъ который выдѣлялись секвестры. Тѣ же явленія почти одновремено развились на тылѣ правой кисти. 11 м-цевъ назадъ сдѣлана игнипунктура кисти (и слизистой носа), а 10 мѣсяцевъ назадъ заболѣлъ тѣмъ же процессомъ правый локоть, представляющійся въ настоящее время анкилозированымъ; на всѣхъ упомянутыхъ мѣстахъ свищи, выстланные фунгозными грануляціями.	Разрѣзъ выскаблив. нар. мыщелки	Безъ улучшен.
8. Наталья Кунина. дочь купца. К. П. Б.	13 л.	3 м.	20 д.	Tarsitis et spondylitis.	Scrophulosis (adenitis) верхушечный процессъ.	Тѣлосложенія слабаго, исхудалая, питаніе очень посредственное, частые поносы. Страданіе началось болью въ голенностопномъ составѣ, черезъ недѣли образов. абсцессъ у наружн. лодыжки, по вскрытіи котораго, стопа стала уклоняться кнутри. Кифозъ и болѣзненность позвонковъ. Составъ сильно опухъ. Свищи ведущіе къ покрытымъ грануляц. массой костямъ. Движенія отсутствуютъ.	Общее лѣченіе	Безъ измѣнен.
9. Алексѣй Тарабушкинъ. с. крестьянинъ. К. Б. В.	13 л.	10 л.	66 д.	Osteomyelitis multiplex.		Тѣлосложеніе и питаніе плохія, развитъ очень плохо. Страдаетъ костными процессами съ 3-хъ лѣтн. возраста. St. praes. spina ventosa indicis sin. Костные	Игнипунктура стопы. Exarticu-	Зажившая операц. раны и улучшен. состоян.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						рубцы на лѣвой голени, на обѣихъ верх. конечностяхъ и на sternum. Анкилозъ съ вывихомъ кзади праваго колѣна (свищи). Опухоль и остеопорозъ костей праваго голенно-стопнаго сочлененія (свищи). Нелихорадитъ.	latio cruris отдѣленнаго вверху отъ эпизарнаго хряща.	—
10. Леонидъ Губинъ. Гимназистъ. К. Б. В.	14 л.	5 м.	1 м.	Osteomyellitis femoris et cubiti sin.	Jleo typhus et pleurits dextr (9 мѣсяцевъ назадъ) уплотненіе правой легоч. верхушки	Малокровенъ, слабъ, питаніе плохое. Послѣ вышеупомянутыхъ болѣзней развилось опуханіе составовъ, на ногахъ; 5 мѣсяцевъ назадъ нарывы въ области вертеловъ на обоихъ бедрахъ, изъ которыхъ выходили мелкіе секвестры. Такой же нарывъ на лѣвомъ локтѣ. Верхнія части обоихъ бедеръ, большіе мыщелки припухли и болѣзненны. Въ глубинѣ свищей обнаженной кости не найдено. Перкуссія костей болѣзненна.	Выскабливаніе свищей. трефинація и игнипунктура б. вертеловъ.	Вышелъ на пути къ вызд.
11. Николай Федоровъ. Крестьянинъ. Изъ чахот. семьи. К. Б. В.	14 л.	2 м.	10 дн.	Artromeningitis genu et tibio tarsalis dextr.	Tuberculosis pulm. et gland lymph.	Колѣно увеличено въ объемѣ, по бокамъ patelae выпячиваніе сумочныхъ связокъ. Въ полости состава жидкость. Составъ болѣзненъ. У передняго края наружной лодыжки флуктуирующая опухоль. Ощупываніе болѣзненно. Активныя и пассивныя движенія болѣзненны и ограничены. Предложена игнипунктура, отъ которой больной отказался.	Смаз. іодомъ. Согрѣв. компр. бинтованіе и покой.	Безъ улучш.
12. Марія Навроцкая. Гимназистка. К. Б. В.	16 л.	7 л.	30 дн.	Osteomyellitis multiplex.	Scrophulosis Nephritis (amy-	9 лѣтъ назадъ появилась опухоль обѣихъ лодыжекъ, затѣмъ опуханіе поднялось вверхъ по голени и распростр. внизъ на	Трепанація обѣихъ tibiarum(дре-	Улучш. мѣстнаго процесса. Смерть отъ бо-

1	2	3	4	5	6	7	8	9
				loid renarum).		голенностопные составы. Около 3 лѣтъ назадъ на правой голени образовался нарывъ, перешедшій въ язву. Черезъ годъ (послѣ ушиба) такая же язва на лѣвой наружной лодыжкѣ и опухоль на нижней $1/3$ radii d. Черезъ годъ такая же опухоль праваго плеча. Кости этихъ областей утолщены и болѣзненны при давленіи. На правой лобной кости 2 очага періостита. Обѣ tibial значит. утолщены въ верхнихъ частяхъ и болѣзненны. Нижній діафизъ праваго бедра менѣе утолщенъ. На обѣихъ голеняхъ разсѣянныя вялыя язвы. Лѣвый голенно-стопный составъ опухъ, вполнѣ анкилозированъ. При вскрытіи tibiale представляютъ поверхностные гнойные фокусы, окруженные со стороны кости поясомъ вялыхъ грануляцій. На правой лобной кости 3 казеозныхъ гнѣзда, проникающихъ на половину толщины ея. Рѣзко выраженный асмилаидъ почекъ.	нажъ) и игнипунктура	лѣзни почекъ.
13. Константинъ Березинъ. Оставн. писарь. Изъ чахот. семьи. К. Б. В.	47 л.	5 м.	3 м.	Artrophlog. caseosa radiocarpalis dex. et ostiomyellites tibiae dext.	Caries costarum и резекція 1 и 8 прав. реберъ Typhus exant. Pneumonia chronica.	Болѣзнь началась нарывомъ въ верхней части правой голени, затѣмъ появилась боль и опуханіе луче-запястнаго состава, которой припухлъ, преимущественно на тылѣ. Въ области os. metacarpi IV и у основанія thenaris язвы, выдѣляющія грязный клочковатый гной. Нижняя часть костей предплечья утолщена и болѣзненна. Опухоль на 2 поп. пальца выше состава, и внизъ идетъ до пястнофаланговыхъ сочлененій. Въ верхней части tibiae d. атоническая кратерообразная язва, на днѣ которой обнаженная шероховатая кость.	Ампутація праваго предплечія на границѣ средней и нижней трети.	Заживленіе культи путемъ нагноенія.

Index цитированныхъ авторовъ.

Albert. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 2 Auflage. 1883.

— Die Therapie der Knochen und Gelenkstuberculose. Wien. Allg. Med. Z. 1886. № 1. 3. 5.

Albrecht. Ueber den Ausgang der fungösen Gelenkentzündungen. Deut. Zeits f. Chir T. XIX. 131 и 401.

Александровскій. Къ вопросу о развитіи бугорковъ въ костяхъ. Дис. Спб. 1874.

Angerer. Ueber Gelenktuberculöse. Münchener Medicin. Wochen. 1888.

Ardle. The treatement of tuberculoses in and near joints. Britisch. Med. Journal 1889. стр. 247.

Arloing. Nouvelles experiances comparatives sur l'inoculation de la scrophule et de la tuberculose. Comptes rendus de l'Academie des siences. 1884. № 16.

Arnaud. De l'arthrite tuberculeuse primitive ou tuberculose des synoviales articulaires. Rev. de Chirurg. 1883. p. 525.

Babes. Les associations bacteriennes du bacille de la tuberculose. Congrès de la tuberculose. 1888 г.

Bayle. Recherches sur la phtisie pulmonaire 1810 г.

Berkhammer. Kasuistischer Beitrage zur Verbreitung der Miliartuberculöse und Einwanderung der Tuberkelbacillen in die Bluthbahn. Virchow's Arch. B. CII. 1886, стр. 397.

Bethanien. (Больница въ Берлинѣ) отчеты за 1873—78 г.г.

H. Settegast. Arch. f. Klin Chirurg. T. 24. 1879, стр. 684.

O. Aschenborn. Тамъ же Т. 25. 1880, стр. 364.

W. Körte. Тамъ же 25. 1880, стр. 497.

Al. Bidder. Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der fungösen Huftgelenkentzundung. Berlin. Klin. Wochensch. 1879, стр. 179.

— Ueber Resectionen des Handgelenkes und ihre Resultate. Langenbeck's Archiv T. XXVIII стр. 823. 1889 г.

— Ueber zuwartende und thätig eingreifende Behandlungsweisen der Gelenktuberculose. Deutsche Zeit. f. Chirurg. 1885. XXI. стр. 80—117.

Th. Billroth Chirurgische Klinik. Wien. 1871—76. Berlin. 1879.

Billroth und **Menzel.** Ueber die Haufigkeit der Caries in den verschidenen Knochen. Langenbek's Archiv. 1870. B. XII стр. 341—371.

Billroth. Общая хирургическая патологія и терапія. Рус. переводъ съ 8 изданія. 1879 г.

Богдановскій. Фунгозное воспаленіе тазобедреннаго состава. Журналъ нормальной и патологической Гистологіи. 1870, стр. 288.

Boeckel Iules. Fragments de chirurgie antiseptique. Paris. 1882.

— Résection de la hanche dans la coxalgie infantile. Congrès Français de chir. 1886, стр. 450.

Bonnet. Traité des maladies des articulations. Paris. 1845.

— Traité de thérapeutique des maladies articulaires Paris 1853.

Проф. Ф. К. Борнгауптъ. Лекціи по общей хирургической патологіи и терапіи. Кіевъ. 1889 г.

C. Bouilly. Nôte sur la présence des bacilles dans les lesions chirurgicales tuberculeuses. Revue de Chir. 1883 p. 886—893.

Busch. Beiträge zur mechanischen Behandlung der Gelenkentzünduegen Langenbeck's Archiv. T. XIV. 1872.

Brissaud. Etudes sur la tuberculose articulaire. Revue mensuelle de Medecine et de Chirurg. 1879 г. p. 457.

Brodie. Pathologicale and surgicale observations on diseases of the joints. London. 1828 г.

A. Broca. La Chirurgie du rhachis. Gazette hebd. de Medecine et de Chir. 1890. № 7, стр. 76.

Castro—Soffia. Recherches experimentales sur la tuberculose des os. Реф. Centr. blatt f. Chir. 1885, стр. 387.

Caumont. Ueber Behandlung chronischer Gelenkentzündungen an der unteren Extremität, mit und ohne Resection. Deut Z. f. Chir. 1884. T. XX. стр. 137.

Cazin. Лѣченіе коксита въ Berck sur Mer. Revue de chir. 1888, стр. 241.

Cecherelli и **Tricomi.** О внутри составныхъ впрыскиваніяхъ танина при бугорчаткѣ, тамъ же 1888.

Charpy. Des varietés Chirurgicales du tissu osseux. Тамъ же 1884. стр. 690.

Charvot. De la tuberculose Chirurgicale. Тамъ же. 1884 p. 336.

Cornet. Ueber die Wege der tuberculose Infection. Allgem. Wiener. Med. Zeit. 1889. стр. 246.

Cornil et Ranvier. Manuel d'Histologie Pathologique. 2—Ed. 1881. 1 vol. стр. 424.

Coudray Paul. Conditions de l'intervantion chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. Thèse de Paris. 1884 г.

Crocq. Traité des tumeurs blanches des articulations. Bruxelles. 1853.

Culbertson. Excision of the larger joints of the extremities. Supplements to vol. 27. Transact. Amer. Med. Assoc. Philadelphia, 1886.

Delpech. Précis élementaire des maladies reputées chirurgicales. 1816.

Demares. De la généralisation tuberculeuse après l'ablation d'un tubercule local initial. Etudes sur la tuberc. de Verneuil, 1887 г, стр. 238.

Деревянко. Къ вопросу о резекціи колѣннаго состава при хроническихъ фунгозныхъ воспаленіяхъ его. Дисс. Спб. 1883 г.

Dollinger. Ist die Knochen Tuberculose angeerbt. Cent f. Chirurg. 1889, стр. 609.

— Das Zurückbleiben im Wachstume der kranken Extremität bei tuberculöser Kniegelenkentzündungen. Тамъ же 1888, стр. 879.

Duzéa. Nouvelles observations de la résection du genou. Revue de Chir 1888.

М. Фенстеръ. Игнипунктура при страданіи костей и составовъ. (Литературно—клиническій очеркъ). Дисс. Спб. 1890 г.

Feuerer. Anatomische Untersuchungen über Spondylitis. Virchow's Archiv. Bd. 82, стр. 89.

Флейшеръ. О первичной бугорчаткѣ, какъ причинѣ хирургическихъ болѣзней. Врачъ. 1881. № 48 и 58.

Gangolphe. De la résection du poignet dans le traitement des osteo—arthrites fongueses. Revue de Ch. 1884, стр. 340—346.

Gerster. Excision of the knee joint for tuberculosis. Annales of surgery. № york 1887. T. VI, стр. 118—124.

Giebe—Richter. Ueber die Resection des Ellenbogengelenkes. Langenbeck's Arch. T. XXX, стр 416.

Girard. Zur Frage der Endresultate nach der Ellenbogenresection. Deut. Zeit f. Chir. T. IV t. стр. 263. 1874 г.

Grimaut. Action des eaux de Baréges sur la tuberculose osseuse. Revue de Chir. 1888, стр. 241.

J. Grosch. Beitrag zur Statistik der Huftgelenkresection unter antiseptischer Behandlung. Dissert. Dorpat. 1882.

Гуринъ. Примѣненіе тепла при лѣченіи болѣзней. Русская Медицина 1889 г.

Hager. Лѣченіе воспаленій составовъ промываніями и впрыскиваніями. Deut. Z. f. Chir. B. XXVII. Heft. 1—2.

Гиппократъ. Chirurgie d'Hippocrate par Petrequin. Paris. 1878.

Hess, Weitere Untersuchungen zur Phagocytenlehre. Centrbl. f. med Wissenschaften 1888. № 10 p. 184.

Hollstein. Les injections d'éther jodoformé dans le traitement des abcès froids. Thèse de Paris. 1887.

Hueter. Klinik der Gelenkkrankheiten. 1876 г.

— Общая и частная хирургія. Рус. переводъ. 1882.

Iohn Hunter. Diseases of articulating cartilages. Philosophicale Transactions. 1743 г.

Iacobsen, Ludwig. Om Resection af Hofteleddet i. Tilfielde of caries og suppuration. Centrabl., f. Chir. 1874, стр., 361.

Jaffé. Ueber Knochentuberculose. Deutsche Zeit. f. Chir. 1883. Bd. XVIII, стр. 432.

Jasinski. Balsam peruwianski w leczeniu gruzlicy miejscowej. Gazeta lekarska. 1890, № 4.

— Leczenie ropni zimnych opadowych metoda Mikulicza. Тамъ-же, № 3.

Jan Jonston z Szamotul. Idea universa medicinae practicae. Amstelodami. 1644.

Проф. **Караваевъ.** Хирургическая факультетская клиника Императорскаго Унив. св. Владиміра съ 1844 по 1882 г. г. Отчетъ д-ра Куцеволъ Артемовскаго. 1885 г.

Kiener et Poulet. De l'osteoperiostite tuberculeuse chronique ou carie des os. Archiv de physiologie. 1883 г., стр. 224—262.

Klebs. Ueber die Entstehund der Tuberculose und ihre Verbreitung in Körper. Virchow's Arch. B 44, стр. 291.

Koch Robert. Die Aetiologie der Tuberculose. Berliner klin. Wochensehrift

1882 г., стр. 221—230 и Mittheilung aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. 1883. B. 2.

Коломнинъ. Новые способы лѣченія грануляціонныхъ и гнойныхъ воспаленій составовъ. Москва. 1882 г.

— Объ игнипунктурѣ и трефинаціи. Докладъ на Пироговскомъ съѣздѣ въ 1885 г.

Kolicher. Впрыскиванія фосфорно-кислой извести при бугорчаткѣ Wiener. Med. Presse. 1888. №№ 22, 24, 29.

Комитетъ Лондонскій, о лѣченіи коксита, отчетъ. Excision of the hipjoint, Britsch. Med. Journal. 1881, мая 28.

König. Ueber Befund miliaren Knötchen in fungöser Gelenke und dessen Kliniche Bedeutung. Berlin. klin. Wochensch. 1871, стр. 229—234.

— Studien über die Mechanik des Huftgelenks und dessen Einfluss auf Physiologie und Pathologie. D. Zeit. f. Chir. T. III, стр. 256—272, 1873 г.

— Die Tuberculose der Gelenke. Тамъ-же. T. XII, стр. 531—571.

— Die Körperwärme bei granulirend (fungös) eiteriger Entzündungen der Gelenke. Verhand. der Deut. Gesel. für Chir. 1879. стр. 153—165.

— Die Erfolge der Resectionen bei tuberculösen Erkrankungen der Knochen und Gelenken, unter der aseptischer Verfahrens. Langenbeck's Arch. 1880 г. B. XXV, стр. 580—588.

— Die Fruhresection bei tuberculöser Erkrankungen der Gelenke und die Localbehandlund tuberculoser Herde der Gelenken. Тамъ-же. B. XXVI. 1881 г., стр. 822—833.

— Die Tuberculöse der Knochen und Gelenke und die Fortschritte in der Behandlung dieser Krankheit. Volkm. Vortr. 1882. № 214.

— Die extirpation des oberen Recessus des Kniegelenks. Verh. d. Deuts. Gesel. f. Chir. VI Congresse.

— Welchen Einfluss soll die aus einem localen Herd erwachsende Gefahr von allgemeiner Miliartuberculose auf die Frage der operativen Beseitigung dieses Herdes haben? Centr. bl. f. Chir. 1887 г. № 24.

— Die Tuberculose der Knochen und Gelenken. Berlin. 1884 г. Русскій переводъ 1885 г.

— Руководство къ общей хирургической патологіи и терапіи. Вып. I. II. рус. пер. 1885 г.

— Руководство къ частной хирургіи 1886 г. 1889. Рус. пер. 3-е изд.

Корецкій. Наблюденія надъ дѣйствіемъ Майнакскихъ грязевыхъ ваннъ. Проток. Спб. Мед. Общес. 1887.

K. Köster. Ueber fungöse Gelenkentzündungen. Virch. Arch. B. 48. 1869, стр. 95.

Laennec. Traité de l'auscultation mediate ou traitè des maladies des poumons et du coeur. 1819 г.

Landerer. Weitere Untersuchungen über die Behandlung der Tuberculose mit Pérubalsam. Münch. Med. Wochensch. 1889.

Landouzy et Martin. De l'heredo tuberculose. Etudes sur la tuberculose Verneuil'a, стр. 58.

Langenbeck. Ueber die Endresultate der Gelenkresectionen im Kriege. Langenb. Arch. XVI, 1874. № 2.

Lannelongué. Abcés froids et tuberculose osseux. 1881.

— Etudes sur les caractères et la nature de l'arthrite dite fungeuse. Tuberculose osseux et articulaire. Bul. de la Societé de Chir. Paris. T. VIII, 1882 г., стр. 491.

— Tuberculose externe congenitale et précoce. Etudes sur la tuberculose Verneuil'a, стр. 59.

Leehr. Ueber den Untergang den staphylococcus pyog. aureus. Cent. b. f. Bakterienkunde, стр. 465, 1889 г.

Leroux. Des amputations et des rèsections chez les phthisiques. Thèse de Paris. 1880 г.

Linhardt. Руководство къ оперативной хирургіи. Рус. пер. 1877 г.

Lisfrank. Leçons sur le traitement des tumeurs blanches Gazette medic. de Paris 1835, p. 341.

Leser. Klinische Beitrag zur Lehre von der tuberculosen Jnfection. Fort. der. Med. 1887, стр. 501.

Lossen. Общій очеркъ резекцій въ хирургіи Pitha и Billroth'a. 1883 г.

Lucas—Championnière. Rèsection du genou, serie de onze cas de guerison. Rev. de Chir. 1887.

M. Mabout. Contribution á l'ètude des elements de prognostie et de dètermination réperatoire chez les tuberculeux. Тамъ-же. 1886, стр. 253.

Максимовъ. Заграничныя письма. Хир. Вѣстн. 1887, стр. 34.

Malassez et Vignal. Tuberculose zoogloeique. Comptes rendus de l'acad. des sciences. 1883 vol. 97, p. 1006—1009.

Malgaigne. Manuel de mèdecine operatoire. 1834.

Mandry. Zur Frage der Arthectomie der Kniegelenkes bei Kindern. Beitrage zur Klin. chir. Bruns'a. T. III, 1888.

Margary-Motta. 79 Ressezioni di grandi articulationi. Archivo di Ortopedia. 1887, стр. 329.

Мечниковъ. Ueber der Kamf der Zellen gegen Erisipelkokken. Virch. Arch. 1887. Bd. CXII, стр. 209—250.

— Ueber die phagocytäre Rolle der Tuberkelrisenzellen. Тамъ-же. T. CXIII, 1888 г , стр. 63—95.

Meinel. Die Knochentuberculosen Erkrankungen. 1872 г.

Middeldorf. Weitere Beiträge zur Resection des Ellenbogengelenkes. Langenbeck's Arch. T. XXXIII, стр. 241.

Mikulicz. Ueber die Verwendung des Jodoforms bei der Wundbehandlung und dessen Einfluss auf fungöse und verwandte Processe. Тамъ-же. T. XXVIII, стр. 197, 1881 г.

Морозовъ. О вліяніи способа растягиванія (Distraction Methode) на тазобедренный и колѣнный составъ. Дисс. Харьковъ, 1875 г.

J. Mögling. Ueber chirurgische Tuberculosen, Mittheilungen Von Prof. P. Bruns. 1884, стр. 248—298.

Проф. Н. Д. Монастырскій. Современные взгляды на патологію и терапію воспаленія составовъ. Спб. 1887 г.

Mosetig-Moorhof. Versuche mit Jodoform; als Wundverbandmittel wegen fungöser Processe. Wien. med. Wochensch. 1880. № 43.

W. Müller. Ueber den Befund von Tuberkelbacillen bei fungösen Knochen und Gelenkaffectionen. Cent. blatt. f. Chir. 1884 г., стр. 33—36.

— Experimentelle Erzeugung typischer Knochentuberculose. Тамъ-же. 1886 г. № 14. р. 232.

— Впрыскиванія фосфорно-кислой извести при бугорчаткѣ. Beiträge zur klin. Chir. 1888. Т. III, стр. 342.

Münch. Alfred. Ueber cariose Erkrankungen des Fusskeletes. Deut. Zeitschr. f Chirs. B. XII, стр. 355—388, 1879.

Проф. **И. И. Насиловъ.** О примѣненіи горячихъ компрессовъ въ хирургической практикѣ. Врачъ. 1888. № 24.

Nelaton (старшій) Recherches sur l'affection tuberculeuse des os. Paris. 1837.

Nelaton Charles. Le tubercul dans les affections chirurgicales. Thèse de l'agrégation. 1883.

Nepveu. Contribution à la résection pathologique du poignet. Rev. de. Chir. 1883. T. V p. 329.

Neugebauer. Ueber die Endresultate der Knieglenkresectionen. Deut. Z. f. Chir. T. XXIX, стр. 379. 1889 г.

Newton Schaffen and Robert Lovett. On the ultimate results on the mechanical treatement of hip-joints diseases. New. York Med. Journ. T. XLV стр. 561.

Nichet. Mémoire sur la nature et le traitement du mal vertebral de Pott. Gazette Med. de Paris. 1385, стр. 534—545.

Niehaus. Die Behandlung fungöser Gelenkaffectionen durch Massage. Cent. bl. f. Chir. 1887, стр. 255.

M. Oberst. Vier Fälle von akuten Eiterung nach Brisement forcé. Тамъ-же. 1585, № 21.

Ollier. Des moyens chirurgicaux de favoriser la réproduction des os. Gazette. Hebdomadaire, p. 903. 1858.

— Traité expérimental et clinique de la régénération de os. Paris. 1867.

— De la résection du coude. Rev. de Chir. 1882, стр. 735.

— De la résection du genou. Тамъ-же. 1883, стр. 270.

— Tuberculose articulaire. Тамъ-же. 1885, стр. 149.

— Traité des resections et des operations consevatrices qu'on peut pratiquer sur le systéme osseux. 1885. T. I. Paris.

— Des operations conservatrices dans la tuberculose articulaire. Rev. d. Chir. 1885.

— Résection de la hanche dans la coxalgie. Тамъ-же. 1886, стр. 401.

— De la simplification du traitement poste operatoire de la résection du genou. Тамъ-же. 1889.

Orecchia. Su la cura degli ascessi fredi con le injezione di etere jodoformizatto. Centbl. f. Chir. 1886.

Sir James Paget. Несчастія въ хирургіи. Лекція. Переводъ въ Медиц. Вѣстникѣ. 1877 г.

Paschen. Ueber Gewichtsbehandlung bei coxitis acuta. D. Z. f. Chir. T. III, стр. 272—300. 1873.

De Paoli. Dell'artrectromia parziale e totale. Giorn della R. Academia di Torino. 1887.

Павелъ Егинскій. Chirurgie de Paul d'Egine par René Brian. Paris. 1885.

Павловскій. Къ ученію объ этіологіи смѣшанныхъ формъ бугорчатки составовъ. Врачъ. 1689, стр. 404.

— Къ ученію объ исторіи развитія и способовъ распространенія бугорчатки составовъ. Тамъ-же № 29—30.

Pelisari. De la presence des bacilles de la tuberćuleuse dans les gommes scrophuleuses. Annales de Dermathologie. 1884, vol. VI.

L. Petitot. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe. Thèse de Paris. 1884.

Pilcher. Note on amputations for joint diseases, when lung tuberculosis coexist. An. of. Surgerg 1887, 101.

Pitha. Болѣзни конечностей въ хирургіи Pitha и Billroth'a. Русск. перев. 1871.

Подрезъ. Объ оперативномъ лѣченіи бугорчатки составовъ. Хирург. Вѣстн. 1889, стр. 89.

Poulet. Osteite tuberculeuse ou carie des os. Rev. de Chir. 1883, стр. 68.

Reyeher. Zur Behandlung der Kniegelenkentzündungen mittels der permanenten Distraction. Deut. Z. f. Chir. T. IV, стр. 26—90. 1873.

Rindfleisch. Traité d'Histologie Pathologique, Trad. française. 1888.

Richet. Memoire sur les tumeurs blanches. Mem de l'Acad. de Medecine. T. XVI. 1853, p. 36—334.

Rydiger. Zur antiseptischer Gelenkresectionen bei Gelenktuberculose. D. Z. Chir. B. XIII, стр. 343. 1880.

De Rossi. Лѣченіе костно-составнато туберкулеза морскими купаньями. Rev. de Chir. 1887.

Max Schede. Критика тейлоровскаго аппарата. Verhand. der D. Gesell f. Chir. 1887, стр. 72.

— Weitere Beiträge zur Behandlung von Gelenkkrankheiten mit Gevichten. Lang. Arch. B. XII.

— Ампутаціи и экзартикуляціи въ хир. Pitha и Billroth'a, русск. перев. 1882.

Dr. C. Schmalfuss. Beitrage zur Statistik der chirurgischer Tuberculose. Lang. Arch. 1887. B. XXXV, стр. 167.

Schmid-Monard. Ueber Pathologie und Prognose der Gelenktuberculose in besondere des Fusses. Centr. Bl. f. Chir. 1888.

Schreiber. Die Gelenkresectionen speciell bei tuberculöser Erkrankugen. Münch. Med. Wochenschrif. 1886, стр. 336.

Schuchardt und Krause. Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen bei fungösen und scrophulösen Entzündungen. Fortsch. der Med. 1883, стр. 277—287.

Max Schüller. Experimentelle und histologische Untersuchungen über die Entstehung und Ursachen der Skrophulösen und tuberculösen Gelenkleiden, Stuttgard. 1880.

Schumann. Brisement forcé eines scrophulös entzündenten Kniegelenks mit konsekutive acuter Miliartuberculose. Cent. b. f. Chir. 1885, стр. 517.

Schürrer. De l'influence de l'intervention operatoire sur le developement et la marche de la tuberculose pulmonaire. Rev. de Chir. 1885, стр. 854.

Sonnenburg. Bedeutung der Tuberkel bei den fungösen Knochen und Gelenkentzündungen. Lang. Arch. T. III, стр. 790. 1881.

Sprengel. Сравненіе методовъ лѣченія туберкулеза костей. Sémaine Med. 1888, p. 411.

Thomson Willam. The operative treatement of tubercular diseases of the kne joint. Prowd. Med. Journ. Leicester. 1890, стр. 7.

Trélat. Association française pour l'avencement des sciences. Congrès. 1888.

Treves. The direct treatement of psoas abscess with caries of the spine. Med. Chir. Transact. 1884, vol LXXVII.

Tscherning. Inoculation de la tuberculose par le doigt. Cent. Bl. f. Chir. 1885, стр. 278.

Valentin. Zur Kasuistik der Tuberculöse. Virch. Arch. B. 34. 1868, стр. 242.

Verchère. Des portes d'entrée, de la tuberculose. 1887. Paris.

Verneuil. Traitement des abcès froids par les injections d'éther jodoformé Rev. de Chir. 1885, стр. 495.

— Généralisations tuberculeuse. Etudes publiées sous sa diréction. T. I, стр. 246. 1887.

— De l'intervention chirurgicale dans l'osteo-arthrites tuberculeuses du pied chez l'enfant. Bull Med. 1888, стр. 995.

Vetsch. Ueber die Endresultate des Gelenkresection an den oberen Extremität. Deut. Z. f. Chir. B. XVI. 1882.

Villemin. Cause et nature de la tuberculose. Bul. de l'Academie de Med. 1865—67, стр, 210—152.

Virchow. Die Krankhaften Geschwülste. Berlin. 1864—65. B. II.

Volkmann. Ueber die Resection des Kniegelenks mit totaler Extirpation des Capsel. Verh. der Deut. Gesell f. Chir. VI. Congrese.

— Болѣзни органовъ движенія въ хирургіи. Pitha и Billroth'a. Русск. перев. 1867.

— Die Artrectomie am Knie. Centrbl. f. Chir. 1885, стр. 137.

— Chirurgische Erfarung füber die Tuberculose. Тамъ-же. B. XII. 1885, стр. 1—25.

Vogt. Mittheilungen aus der Chirurgischen Klinik in Greifswald. 1884.

Wartmann. Die Bedeutung der Resectionen tuberculös erkrankter Gelenke für die Generalisation der Tuberculose. Deut. Z. f. Chir Bd. XXIV, стр. 435,

Wiellemer. Ueber Kniegelenktuberculose. Тамъ же. T. XXII, 268—332. 1885.

Weigert. Ueber Metschnikoffs Theorie der tuberculösen Riesenzellen, Fortsch d. Med. 1888. VI, стр. 21.

Wiskeman. Die verschiedene Wege des infectiösen Genese des Recidiv's nach der operation. Lang. Arch. T. XXX. 1884.

Withe. Объ оперативномъ лѣченіи фунгозныхъ страданій позвоночника. The Medical Record. 1889. VI.

Волковичъ. Современное состояніе вопроса объ употребленіи іодоформа. Протоколы Общ. Кіевск. Врачей. 1882. стр. 12.

Gersin. О антитуберкулезномъ дѣйствіи іодоформа. Journal des Conn. Médicales. 1888.

Зеленковъ. Къ оперативному лѣченію бугорчатки. Врачъ. 1884, № 17.

Ziegler. Руководство патологической анатоміи, русск. перев. 1883.

Zoege-Manteuffel. Ueber die Behandlung fungösen Kniegelenkentzündungen mittels Resection. Deut. Z. f. Chir. 1889. B. XXIX, стр. 113.

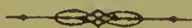
Щастный. Beziehungen der Tuberkelbacillen zu den Zellen. Virchow, s. Arch. CXV. 1889, стр. 108—128.



ПОЛОЖЕНІЯ.

---

1. Прививка, въ брюшную полость животнымъ, подозрительныхъ тканей составляетъ вѣрное средство для распознаванія бугорчатки, особенно когда изслѣдованіе на бациллы не даетъ опредѣленныхъ результатовъ; но для этого прививка должна быть проведена черезъ нѣсколько серій животныхъ, послѣдовательно.
2. Одно мѣстное лѣченіе, при множественной костно-составной бугорчаткѣ, не идущее рука объ руку съ общимъ, не можетъ повести къ исцѣленію больнаго.
3. Устройство климатическихъ и бальнеологическихъ станцій для золотушныхъ дѣтей, является крайне необходимымъ и значительно уменьшитъ контингентъ такихъ больныхъ въ хирургическихъ палатахъ.
4. Типическія резекціи при бугорчаткѣ составовъ, въ большей части случаевъ, должны уступить мѣсто атипическимъ—экономическимъ.
5. Дѣйствіе панцырныхъ пуль, на близкихъ разстояніяхъ (до 100 шаговъ) ничѣмъ не отличается отъ дѣйствія разрывныхъ снарядовъ малаго калибра.
6. Направленіе трещинъ при огнестрѣльныхъ переломахъ костей подчинено опредѣленнымъ, механическимъ законамъ и представляетъ постоянныя картины и формы осколковъ.



Curriculum vitae.

Брониславъ Станиславовичъ Козловскій, римско-католическаго вѣроисповѣданія, изъ дворянъ, родился въ г. Кіевѣ 1-го Іюня 1857 г. Среднее образованіе получилъ въ Новочеркасской гимназіи, по окончаніи которой, поступилъ, въ 1875 году, на медицинскій факультетъ Кіевскаго Университета. Въ теченіи вакаціоннаго времени 1878 г. командированъ въ дѣйствующую армію, гдѣ исправлялъ обязанности помощника врача въ 55, военно-временномъ госпиталѣ. Окончилъ курсъ въ Кіевскомъ Университетѣ, въ Декабрѣ 1880 года съ званіемъ лекаря, съ отличіемъ (cum eximia laude) и въ томъ же году выдержалъ испытаніе на званіе уѣзднаго врача. Опредѣленъ, 6 Сентября 1881 года, младшимъ врачемъ въ 48 Одесскій пѣхотный полкъ, переведенъ тѣмъ же званіемъ въ 131 пѣх. Тираспольскій полкъ 1 Ноября 1882 г.; назначенъ врачемъ для командировокъ при Кіевскомъ Окружномъ Военно-Медицинскомъ управленіи 20 Марта 1884 года. Обратно перемѣщенъ въ Тираспольскій полкъ младшимъ врачемъ 20 Апрѣля 1889 года. Въ теченіи 1881, 1885—1887 годовъ состоялъ въ прикомандированіи къ Кіевскому Военному госпиталю, гдѣ послѣдніе 2 года завѣдывалъ хирургическимъ отдѣленіемъ. Въ 1886 г. командированъ, для сопровожденія больнаго офицера, къ проф. Пастеру, гдѣ изучалъ способъ лѣченія бѣшенства прививками. Въ 1888 г. прикомандированъ къ Академіи, для усовершенствованія въ хирургіи. Былъ избранъ: секретаремъ Общества Кіевскихъ Врачей 10 Декабря 1883 г., предсѣдателемъ Общества ночныхъ врачебныхъ дежурствъ 31 Декабря 1885 г., и секретаремъ Военно-Санитарнаго Общества 13 Января 1888 г., каковыя должности исполнялъ по 1 Августа 1888 г. Въ теченіи 1889—1890 гг. выдержалъ экзаменъ на степень доктора медицины.

Имѣетъ слѣдующія печатанныя работы:

1. Случай дифтерита зѣва, осложненный мѣстнымъ пораженіемъ легкаго. (Врачебный Сборникъ Кіевскаго Военнаго Госпиталя 1884 г.).
2. Къ вопросу о діэтетическомъ и терапевтическомъ значеніи кэфира (тамъ же).
3. Случай инвагинаціи кишекъ (тамъ же).
4. Врожденное отсутствіе лѣвой почки (тамъ же).
5. Эпидемія дизентеріи въ войскахъ, расположенныхъ въ Кіевѣ въ 1883 году (Приложенія къ протоколамъ Общества кіевскихъ врачей за 1885 годъ).
6. О лѣченіи водобоязни по методу проф. Пастера (тамъ же 1887 г.).
7. Загрязненіе почвы города Кіева всасывающими почвенными колодцами (тамъ же 1888 г.).
8. Случай врожденнаго шейно-глоточнаго свища (Fistula colli congenita) (тамъ же).
9 Случай остеосаркомы легкихъ (Медицинское Обозрѣніе 1888 г.).
10. О болѣзняхъ испытуемыхъ новобранцевъ Кіевскаго Военнаго Округа за 1882—1887 годы (Военно-санитарное дѣло 1889 г. № 18).
11. Ein Fall von einer angebornen Hals-Schlund Kopffistel. Virchow's Archiv 115. B. 1889.
12. Консервативное и оперативное лѣченіе бугорчатки костей и составовъ, 1890, представляемое нынѣ для соисканія степени доктора медицины.

